



MINISTÈRE DE LA SANTÉ, DE
L'HYGIÈNE PUBLIQUE ET DE LA
COUVERTURE MALADIE UNIVERSELLE

DIRECTION GÉNÉRALE DE LA SANTÉ

DIRECTION DE LA SANTÉ
COMMUNAUTAIRE ET DE LA
PROMOTION DE LA SANTÉ

REPUBLIQUE DE CÔTE D'IVOIRE
Union – Discipline – Travail



DIRECTION DE LA SANTÉ COMMUNAUTAIRE
ET DE LA PROMOTION DE LA SANTÉ
www.dsccom-ci.org

REFERENTIEL NATIONAL DE MISE EN ŒUVRE DES INTERVENTIONS COMMUNAUTAIRES EN SANTÉ

ANNEE 2022

AVANT PROPOS

Ce document est une propriété du Ministère de la Santé, de l'Hygiène Publique et de la Couverture Maladie Universelle de la République de Côte d'Ivoire. Il contient les orientations et démarches harmonisées à suivre pour mettre en œuvre et gérer une intervention à base communautaire en Côte d'Ivoire.

Le Référentiel National de mise en œuvre des interventions communautaires, le Plan opérationnel et le Plan de suivi-évaluation constituent les principaux documents d'opérationnalisation de la politique nationale et du Plan stratégique de santé communautaire. Le présent Référentiel National de mise en œuvre des interventions communautaires en santé s'aligne sur les orientations du Plan stratégique et de la politique nationale de santé communautaire.

La Direction de la Santé Communautaire et de la Promotion de la Santé (DSCPS) est le porteur du Référentiel National de mise en œuvre des interventions communautaires en santé qui va accompagner la mise en œuvre des différents Plans stratégiques de santé communautaire.

Son exploitation est autorisée à l'ensemble des acteurs nationaux et internationaux.

Les exemplaires reproduits sont offerts gratuitement et ne peuvent faire l'objet de vente.

La préparation, la finalisation et la validation de ce document ont reçu les contributions de l'ensemble des acteurs nationaux avec le soutien et la participation des partenaires techniques et financiers suivants :

- Le Projet Accélérateur pour le renforcement des systèmes de santé, mis en œuvre par Results for Development (R4D) avec le soutien financier de l'USAID ;
- Le Projet Breakthrough ACTION mis en œuvre par JHU/CCP avec le soutien financier de l'USAID ;
- L'ONG MUSO
- L'UNICEF, et
- Le Fonds Mondial, à travers l'Unité de Coordination des Projets du Fonds Mondial (UCP-FM)

REMERCIEMENTS

Le Ministère de la Santé, de l'Hygiène Publique et de la Couverture Maladie Universelle (MSHPCMU) s'est doté en 2021 d'une Politique Nationale de Santé Communautaire (PNSC), outil de régulation et d'orientation des initiatives communautaires. A sa suite, ce présent référentiel national de mise en œuvre des interventions communautaires en santé vient l'opérationnaliser. Il vise à offrir aux acteurs de mise en œuvre de la santé communautaire les orientations et les démarches à suivre pour la mise en œuvre et la gestion des interventions entrant dans le cadre de la santé communautaire, ce pour une meilleure cohérence, complémentarité et efficacité des investissements dans ce domaine. Il vient contribuer à la promotion et à la mise en œuvre de la participation communautaire en santé en Côte d'Ivoire.

Son élaboration a été possible grâce à la collaboration des cadres du Ministère de la Santé, de l'Hygiène Publique et de la Couverture Maladie Universelle (MSHPCMU), de ceux des autres ministères et des acteurs de la santé communautaire en Côte d'Ivoire avec l'appui technique et financier des partenaires au développement.

C'est ici le lieu pour le Ministère de la Santé, de l'Hygiène Publique et de la Couverture Maladie Universelle, à travers la Direction de la Santé Communautaire et de la Promotion de la Santé, d'exprimer ses remerciements à l'ensemble des structures et des personnes ressources qui ont contribué à la conception de ce référentiel.

Nos remerciements s'adressent particulièrement à l'USAID à travers le Projet Accélérateur du Renforcement des Systèmes de Santé (HSSA) mis en œuvre par R4D (Results for Development) ; au Fonds Mondial, à l'ONG MUSO, à Breakthrough Action pour leurs appuis techniques et financiers respectifs fournis tout au long de ce processus.

Le Ministère de la Santé, de l'Hygiène Publique et de la Couverture Maladie Universelle à travers la Direction de la Santé Communautaire et de la Promotion de la Santé compte sur l'engagement de tous pour la mise en œuvre et surtout le respect des orientations définies d'un commun accord dans ce référentiel.

La Directrice de la santé communautaire



Dr KADJA Adjoba Françoise

Table des matières

AVANT PROPOS	2
REMERCIEMENTS	<i>Erreur ! Signet non défini.</i>
SIGLES ET ACRONYMES	7
INTRODUCTION	9
CHAPITRE I : FONDEMENTS, REPERES ET REFERENCES NORMATIFS DE LA SANTE COMMUNAUTAIRE	12
I.1 FONDEMENTS ET REPERES DE LA SANTE COMMUNAUTAIRE	12
I.1.1. Fondements théoriques	12
I.1.1.1. Le fondement 1 : La stratégie de promotion de la santé	13
I.1.1.2. Le fondement 2 : Action sur l'environnement socio-politique	13
I.1.2. Repères de l'action communautaire en santé	14
I.1.2.1. Repères spécifiques à la stratégie communautaire	14
I.1.2.2. Repère méthodologique	15
I.1.2.3. Repères relatifs à une approche en promotion de la santé	15
I.2 RÉFÉRENCES NORMATIVES	16
I.2.1 Directives internationales et nationales	16
I.2.2 Rappel synthétique de la Politique Nationale de Santé Communautaire (PNSC) ..	17
CHAPITRE II : APPROCHES ET PROCEDURES HARMONISEES DE MISE EN ŒUVRE DE LA SANTE COMMUNAUTAIRE	18
II.1 CONCEPTION INITIALE DE L'INTERVENTION ET CHOIX DE LA ZONE DE COUVERTURE	18
II.2 MODALITÉS ET PROCÉDURES DE PRÉPARATION ET DE DÉMARRAGE DE L'ACTION	18
II.3 MODALITÉS ET PROCÉDURES DE CHOIX DES ACTEURS COMMUNAUTAIRES	19
II.3.1 Qui sont les acteurs communautaires impliqués dans l'IBC ?	19
II.3.2 Comment les membres du GAC sont-ils choisis ?	19
II.4 SERVICES OFFERTS PAR LES MEMBRES DU GAC	20
II.5 MODALITÉS ET PROCÉDURES DE RENFORCEMENT DES COMPÉTENCES DES MEMBRES DU GAC	22

II.6	MODALITÉS ET PROCÉDURES DE RÉMUNÉRATION ET DE MOTIVATION DES ACTEURS COMMUNAUTAIRES	22
II.7	MODALITÉS ET PROCÉDURES D'ÉVALUATION DES PERFORMANCES DES ACTEURS COMMUNAUTAIRES.....	23
	CHAPITRE III : DEMARCHE D'UNE INTERVENTION A BASE COMMUNAUTAIRE	25
III.1	ANALYSE DES PARTIES PRENANTES D'UNE IBC.....	25
III.1.1	La carte des liens entre acteurs/groupes ou Diagramme de Venn	26
III.1.2	La Matrice de l'analyse des pouvoirs des acteurs/groupes	29
III.2	PLANIFICATION D'UNE IBC.....	31
III.2.1	Diagnostic communautaire (DC)/phase d'exploration.....	31
III.2.1.1	De quoi s'agit-il ?.....	31
III.2.1.2	Qui en prend l'initiative ou décide de le faire ?.....	31
III.2.1.3	Comment faire un diagnostic communautaire ?	31
III.2.2	Elaboration du plan d'action communautaire (phase de construction)	35
III.3	ORGANISATION ET MISE EN ŒUVRE DE L'IBC.....	36
III.3.1	Programmation et organisation des actions (phase de réalisation)	36
III.3.1.1	Se préparer pour passer à l'action.....	36
III.3.1.1.a	Réunions/rencontres communautaires d'orientation ou de lancement.....	37
III.3.1.1.b	Mise en place du groupe d'action communautaire (GAC)	38
III.3.1.1.c	Elaboration du plan de travail du GAC.....	38
III.3.1.2	Agir ensemble.....	38
III.3.1.2.a	Réunion de démarrage.....	39
III.3.1.2.b	Développement des compétences et pratiques professionnelles nécessaires à la mise en œuvre des actions (phase d'autonomisation)	39
III.4	COORDINATION, SUIVI-ÉVALUATION ET CAPITALISATION D'UNE IBC.....	40
III.4.1	Modalités et procédures de coordination des IBC	41
III.4.2	Modalités et procédures de suivi-évaluation des IBC.....	42
III.4.3	Modalités et procédures de capitalisation d'une IBC	43
III.5	IDENTIFICATION ET GESTION DES RISQUES DANS LA MISE EN ŒUVRE D'UNE IBC	44
	CONCLUSION	46
	LISTE DES DOCUMENTS CONSULTÉS.....	47

<i>DEFINITION DES CONCEPTS/GLOSSAIRE</i>	49
--	-----------

ANNEXES 53

Annexe-1 : Canevas modèle de PV de sélection des membres du GAC	53
Annexe-2 : Guide d'évaluation de la communauté	55
Annexe 3 : Modèle carte des ressources communautaires	65
Annexe 4 : Glossaire des méthodes de facilitation	66
Annexe 5 : Grille de priorisation de problèmes/solutions	68
Annexe 6 : Modèle de plan de travail du GAC	69
Annexe-7 : Liste des indicateurs de base à collecter à différents niveaux pour mesurer l'efficacité d'une IBC	69
Annexe-8 : Démarche de capitalisation d'une IBC	75
Annexe-9 : Liste des participants au processus d'élaboration et de validation du Référentiel	81

SIGLES ET ACRONYMES

ASC	Agent de Santé Communautaire
ATPC	Assainissement Total Piloté par la Communauté
CCPISC	Cadre de Concertation Permanent sur les Interventions de Santé Communautaire
CDQ/CDC	Comité de Développement de Quartier / Comité de Développement de Cité
CDAS	Comité Départemental de l'Action Sanitaire
CMU	Couverture Maladie Universelle
CNAS	Comité National de l'Action Sanitaire
COGES	Comité de Gestion des Etablissements Sanitaires
CRAS	Comité Régional de l'Action Sanitaire
CVD	Comité Villageois de Développement
DDS	Direction Départementale de la Santé
DIEM	Direction des Infrastructures et des Equipements Médicaux
DIIS	Direction de l'Informatique et de l'information Sanitaire
DRS	Direction Régionale de la Santé
DSCPS	Direction de la Santé Communautaire et de la Promotion de la Santé
ECD	Equipe Cadre de District
EPC	Equipe de Planification Communautaire
ERS	Equipe Régionale de Santé
ESPC	Etablissement Sanitaire de Premier Contact
GAC	Groupe d'Action Communautaire
GTMC	Groupe de Travail pour la Mobilisation Communautaire
HSSA	Health System Strengthening Accelerator / Projet Accélérateur du Renforcement des Systèmes de Santé
IBC	Interventions à Base Communautaire
MENA	Ministère de l'Education Nationale et de l'Alphabétisation
MEPS	Ministère de l'Emploi et de la Protection Sociale
MIS	Ministère de l'Intérieur et de la Sécurité
MSHP-CMU	Ministère de la Santé, de l'Hygiène Publique et de la Couverture Maladie Universelle
NPSP	Nouvelle Pharmacie de la Santé Publique
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale

PAC	Plan d'Action Communautaire
PMA	Paquet Minimum d'Activités
PND	Plan National de Développement
PNDS	Plan National de Développement Sanitaire
PSN-SC	Plan Stratégique National de la Santé Communautaire
PNSC	Politique Nationale de Santé Communautaire
PTF	Partenaires Techniques et Financiers
RECO	Relai Communautaire
RMA	Rapport Mensuel d'Activités
R4D	Results for Development
SBC	Services de santé à Base Communautaire
SSP	Soins de Santé Primaires
UNFPA	United Nations Population Fund / Fonds des Nations Unies pour la Population
UNICEF	United Nations of International Children's Emergency Fund / Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
USAID	United States Agency for International Development/Agence des Etats Unis pour le Développement International

INTRODUCTION

La Côte d'Ivoire a adhéré aux engagements internationaux tels que la Déclaration d'Alma Atta sur les Soins de Santé Primaires (SSP) de 1978 et la Déclaration de Ouagadougou sur les SSP et les Systèmes de Santé en Afrique d'avril 2008. Cette adhésion s'est matérialisée dans les orientations stratégiques des différents Plans Nationaux de Développement Sanitaire (PNDS) dont le dernier en date, le PNDS 2021-2025.

Le pays, ayant fait des SSP le socle de son système de santé, a développé diverses stratégies pour l'opérationnaliser. En effet, dans le souci de renforcer les services offerts au niveau communautaire, plusieurs acteurs mettent en œuvre des interventions à haut impact sur la réduction de la morbidité et de la mortalité en particulier chez les populations les plus vulnérables que sont les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes.

Toutefois, l'appropriation et la participation communautaire, reconnues comme gage de pérennisation des acquis, sont insuffisamment développées.

Face à cette situation, le Ministère de la Santé, de l'Hygiène Publique et de la Couverture Maladie Universelle (MSHP-CMU) s'est doté d'une politique nationale de santé communautaire (PNSC), en tant qu'outil de régulation et d'orientation des initiatives communautaires. Elle fait suite à la revue à mi-parcours du Plan National stratégique de la santé communautaire (PSNSC) 2017-2021, qui a permis de mettre en lumière plusieurs défis, notamment : 1) le renforcement du management au niveau de la santé communautaire, 2) l'harmonisation des critères et du mode de sélection des ASC, 3) la motivation des acteurs de mise en œuvre de la santé communautaire, 4) la synergie des interventions communautaires des services sociaux de base au niveau local.

Pour trouver des solutions à ces défis, le MSHP-CMU à travers la Direction de la Santé Communautaire (DSC), a conduit en octobre 2021, un processus de réflexion avec les principaux acteurs de la santé communautaire. Au cours de cette réflexion, l'analyse a montré, entre autres, des approches d'interventions à base communautaire (IBC) tout aussi diverses que la multiplicité d'intervenants. C'est pourquoi, les participants ont convenu que les résultats de cette réflexion servent de base pour l'élaboration d'un référentiel national de mise en œuvre des interventions communautaires.

Le présent référentiel national de mise en œuvre des IBC va contribuer à la promotion de la participation communautaire en santé en Côte d'Ivoire. Il s'agit d'un choix stratégique qui permettra : (i) de contribuer à solutionner certains problèmes relatifs à la couverture sanitaire, à l'inégalité d'accès aux soins, et (ii) de développer une dynamique communautaire d'auto responsabilisation par l'implication active des différents acteurs dans le processus de planification, de mise en œuvre et de suivi-évaluation.

L'objectif de ce Référentiel est d'offrir aux acteurs de la santé communautaire des orientations et démarches harmonisées à suivre pour mettre en œuvre et gérer une IBC.

Cela permettra une meilleure cohérence, complémentarité et efficacité des investissements dans le domaine de la santé communautaire.

Le présent Référentiel National de mise en œuvre des IBC s'adresse à tous les acteurs de la santé communautaire selon leurs compétences, profils et responsabilités.

Il s'agit notamment :

- Du personnel du ministère de la santé, tant au niveau central qu'au niveau décentralisé ;
- Du personnel des ONG et associations nationales ou internationales ;
- Du personnel des structures centrales et déconcentrées des autres Ministères (Protection sociale ; Femme, famille et enfant / MFFE ; Santé animale ; Santé végétale ; Santé environnementale ; etc.) ;
- Du personnel des collectivités décentralisées (*Conseils régionaux, mairies*) ;
- Du personnel d'entreprises dans le cadre de la responsabilité sociétale d'entreprise (RSE) ;
- Des partenaires techniques et financiers ;
- Des acteurs directs de la mise en œuvre des activités de santé communautaire [*Leaders communautaires/religieux ; Groupes d'action communautaire (GAC) ; Agents de Santé Communautaire (ASC) ; autres relais communautaires ; membres de Comités locaux tels que Comité de Gestion des Etablissements Sanitaires (COGES), Comité de Développement de Quartier / Comité de Développement de Cité (CDV/CDQ)*].

Les principes directeurs clés suivants ont été pris en considération lors de la rédaction du présent référentiel :

- La santé communautaire est le levier principal des soins de santé primaires, conformément à la politique et à la vision du Ministère en charge de la santé. Elle est le prolongement des interventions de santé au sein des communautés ;
- La politique nationale de santé communautaire et le plan stratégique national de santé communautaire sont les principaux outils de base pour le développement de la santé communautaire ;
- Les expériences en cours et les bonnes pratiques tirées de celles-ci ;
- Les stratégies et modes opératoires harmonisées qui vont au-delà des approches compartimentées et sectorielles ;
- La réduction des disparités dans les interventions de santé publique pour renforcer l'harmonisation et l'alignement ;
- La promotion des stratégies durables, en s'appuyant sur le contexte local et les perspectives de collaboration intersectorielle dans le cadre de la stratégie « One-Health » / « Une Seule Santé ».

Le présent document constitue la première mouture du Référentiel National de mise en œuvre des interventions de santé Communautaire. Sa révision se fera de façon périodique, suivant l'évaluation du plan stratégique national de la santé communautaire. Elle utilisera une démarche participative impliquant tous les acteurs de la santé communautaire.

Le document révisé comportera la date de révision ainsi que la version, inscrites à la page de garde et à la deuxième page du document.

Le présent guide est structuré en trois (03) principaux chapitres ci-dessous décrits :

- Le chapitre I définit les fondements, repères et références normatives de la santé communautaire.
- Le chapitre II décrit les approches et procédures harmonisées de mise en œuvre de la santé communautaire, issues du processus de réflexion engagé par les acteurs de la santé communautaire
- Le chapitre III présente la démarche standardisée d'une IBC

CHAPITRE I : FONDEMENTS, REPERES ET REFERENCES NORMATIFS DE LA SANTE COMMUNAUTAIRE

La Côte d'Ivoire s'est engagée dans la mise en œuvre durable de l'action communautaire dont les fondements et repères sont détaillées dans ce chapitre qui présente également les références normatives des interventions à base communautaire, à travers l'énumération des directives internationales et nationales ainsi que le rappel de la Politique Nationale de Santé Communautaire.

I.1 FONDEMENTS ET REPERES DE LA SANTE COMMUNAUTAIRE

La Côte d'Ivoire a perçu la nécessité de promouvoir la participation communautaire en vue de soutenir durablement la mise en œuvre de l'action sanitaire. Ainsi, à l'instar des autres pays africains, elle est signataire, des conventions et initiatives internationales suivantes :

- La conférence d'Alma Ata en 1978 qui présente les Soins de Santé Primaires (SSP) comme la stratégie efficace et efficiente d'offre de soins.
- L'Initiative de Bamako en 1987 qui met l'accent sur la participation des communautés à la résolution de leurs problèmes de santé.
- La déclaration d'Addis Abeba de novembre 2006 qui a sanctionné la Conférence internationale conjointe ONUSIDA, UNICEF, Banque mondiale et OMS sur la santé communautaire dans la Région africaine pour garantir l'accès universel à des soins de santé de bonne qualité et un avenir plus salubre aux populations africaines. Cette déclaration demande aux Etats membres de créer un environnement favorable au développement de la santé communautaire et d'améliorer le financement des programmes de santé communautaire.
- La Déclaration de Ouagadougou en 2008 qui fait de « l'appropriation et de la participation communautaire » un des domaines prioritaires des soins de santé primaires.

La mise en œuvre durable de l'action communautaire nécessite une bonne compréhension de la santé communautaire à travers ses fondements théoriques qui donnent leur sens aux points de repère de l'action communautaire en santé¹.

I.1.1. Fondements théoriques

L'action communautaire en santé repose sur deux fondements théoriques qui sont :

- La stratégie de promotion de la santé
- L'action sur l'environnement socio-politique.

¹ Fédération des maisons médicales Santé Communauté Participation (SACOPAR), Centre local de promotion de la santé de Charleroi-Thuin (CLPSCI), **Action communautaire en santé, un outil pour la pratique**, Décembre 2013

1.1.1.1. Le fondement 1 : La stratégie de promotion de la santé

La promotion de la santé se définit comme un processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur santé et d'améliorer celle-ci. C'est un ensemble de cinq (5) piliers pour réduire les inégalités sociales de santé. Ces piliers définis par la charte d'Ottawa² permettent d'agir efficacement sur les déterminants de la santé et d'améliorer le niveau de santé des populations.

- Pilier 1 : Elaboration de politiques publiques favorables à la santé :

Il s'agit d'inscrire la santé à l'ordre du jour des responsables politiques de tous les secteurs (santé humaine, animale et environnementale) et à tous les niveaux, dans le but de connaître les conséquences de leurs décisions sur la santé et les amener à définir leurs responsabilités à cet égard.

- Pilier 2 : Création d'environnements favorables :

La promotion de la santé agit sur les conditions de vie et de travail pour qu'elles soient sûres, stimulantes, gratifiantes et agréables.

- Pilier 3 : Acquisition d'aptitudes individuelles :

La promotion de la santé s'appuie sur le développement individuel et social en donnant aux personnes davantage de compétences pour contrôler leur propre santé et leur environnement, afin de les rendre aptes à faire face aux difficultés rencontrées dans la vie.

- Pilier 4 : Réorientation des services de santé

Au-delà de son mandat d'offre de services curatifs et préventifs, le secteur sanitaire doit se doter d'un mandat plus vaste : soutenir chaque personne et chaque groupe dans sa recherche d'une meilleure qualité de vie, en faisant intervenir d'autres secteurs à caractère social, politique, économique et environnemental.

- Pilier 5 : Renforcement de l'action communautaire

La promotion de la santé implique la participation effective et concrète de la communauté à la fixation des priorités, à la prise des décisions, à l'élaboration et à la mise en œuvre des stratégies de planification en vue d'atteindre une meilleure santé. Au cœur même de ce processus, il y a la reconnaissance de la capacité des communautés à prendre en main leur destinée et à assumer leurs responsabilités.

1.1.1.2. Le fondement 2 : Action sur l'environnement socio-politique

« L'action communautaire désigne toute initiative, issue de personnes, de groupes communautaires, d'une communauté (*géographique, locale, régionale, nationale, d'intérêts, d'identités, etc.*) visant à apporter une solution collective et solidaire à un problème social ou à un besoin commun. L'action communautaire s'actualise sur des pratiques multiples et

² Charte d'Ottawa : La première Conférence internationale pour la promotion de la santé, réunie à Ottawa, a adopté le 21 novembre 1986 la "Charte" dite d'Ottawa, en vue de contribuer à la réalisation de l'objectif de la Santé pour tous d'ici à l'an 2000 et au-delà.

diversifiées³ qui poursuivent des objectifs de justice sociale, de solidarité, de démocratie, de répartition plus juste des richesses, d'égalité entre les hommes et les femmes ainsi qu'entre les peuples. Ces actions sont menées avec un souci d'éducation et de fonctionnement démocratique afin de favoriser l'autonomie des personnes et des communautés (*empowerment*) »

Elle repose sur une base communautaire locale, sur un repérage collectif des problèmes et des potentialités (*un diagnostic*) qui inclut les dynamiques sociales à l'œuvre dans la communauté ; elle s'appuie sur la participation autant représentative que directe de tous les membres de la communauté. En effet, les problèmes sociaux et sanitaires étant de nature collective, ils doivent faire l'objet de solutions collectives.

Les valeurs qui sous-tendent l'action communautaire : L'action communautaire prend son sens dans l'engagement de tous les acteurs de la communauté pour la justice sociale, la solidarité, la démocratie, l'autonomie et le respect. L'action communautaire se veut donc être « une démarche éthique et démocratique qui place l'humain au cœur de l'action et comme priorité de tous ses objectifs, associant tous les acteurs à sa co-construction, en changeant les relations de domination en relations de négociation et de réciprocité »⁴

Les acteurs de l'action communautaire et leurs pratiques : Le défi de l'action communautaire est la prise de conscience par chacun des acteurs qu'il est coresponsable de l'équilibre du dispositif mis en place et qu'une défaillance de l'un d'eux mettrait l'ensemble du dispositif en échec. La participation de tous apparaît comme la plus porteuse d'effets : c'est la clef de voûte d'une action communautaire. C'est par son schéma organisationnel, son mode de fonctionnement et ses valeurs qui la sous-tendent que l'action communautaire est un véritable outil de développement de la communauté.

I.1.2. Repères de l'action communautaire en santé

Les repères de l'action communautaire en santé sont au nombre de huit (08), classés en trois grandes catégories :

I.1.2.1. Repères spécifiques à la stratégie communautaire

Quatre repères, précisés ci-après, sont spécifiques à la stratégie communautaire :

L'action ou la démarche communautaire concerne une communauté : La communauté est définie comme un ensemble de personnes présentant un sentiment d'appartenance commun (*habitants, professionnels, élus, institutionnels*). La communauté peut se définir selon son espace géographique, et/ou ses caractéristiques et/ou son intérêt commun et/ou sa situation problématique.

³ Ces pratiques multiples et diversifiées concernent la création de ressources et de services, les transformations sociales, l'éducation populaire, etc.

⁴ Philippe Lefèvre, communication à l'Institut Théophraste Renaudot, 2008

Favoriser l'implication de tous les acteurs concernés dans une démarche de co-construction : La démarche communautaire favorise la création d'un contexte qui permet et encourage la co-construction et l'implication de tous les acteurs (*habitants, professionnels, élus, institutions*) dans les différentes étapes de la démarche (*le diagnostic, la prise d'initiative, la décision, l'évaluation et l'évolution*). Ce contexte est garant de la reconnaissance de la légitimité des compétences et de la capacité d'agir des citoyens.

Favoriser un contexte de partage des pouvoirs et des savoirs : La démarche communautaire vise à mettre en place des relations où la spécificité de chaque acteur (*professionnels, institutions, politiques, habitants, usagers*) est reconnue. Ces relations reposent sur un partage des savoirs et des pouvoirs.

Valoriser et mutualiser les ressources de la communauté : La démarche communautaire cherche à identifier, stimuler, mobiliser les ressources du territoire et de chaque acteur individuel et collectif, en reconnaissant leur spécificité et leur complémentarité.

1.1.2.2. Repère méthodologique

Sur le plan méthodologique, la stratégie communautaire permet de mettre en place **un processus d'évaluation partagée et permanente pour permettre une planification souple**. La démarche communautaire se réfère à un plan d'action construit et élaboré à partir d'une approche des besoins, de leur priorisation, de la recherche d'une utilisation optimale des ressources et des stratégies les plus adéquates. Mais ce plan doit rester souple, permettre aux acteurs de réorienter l'action en fonction d'événements non prévus, de nouveaux obstacles, de nouvelles ressources. La planification doit comporter un processus d'évaluation permanente, basé sur la concertation et la participation des intéressés.

1.1.2.3. Repères relatifs à une approche en promotion de la santé

L'approche en promotion de la santé consiste à :

Avoir une approche globale et positive de la santé : La démarche communautaire prend en compte et intègre, outre les dimensions et paramètres du champ sanitaire (éducatifs, préventifs, curatifs) ceux du champ social, économique, environnemental et culturel.

Agir sur les déterminants de la santé : Les démarches communautaires agissent sur les facteurs qui sont à la source des problèmes de santé (*logement, environnement, éducation, culture, emploi, etc.*).

Travailler en intersectorialité : La démarche communautaire en santé vise à soutenir la participation de tous les secteurs concernés par la santé globale en :

- Favorisant les décloisonnements institutionnels et professionnels
- Favorisant l'implication des partenaires et des secteurs diversifiés
- Veillant à définir et clarifier les rôles et places de chacun des partenaires

I.2 RÉFÉRENCES NORMATIVES

I.2.1 Directives internationales et nationales

La mise en œuvre d'une IBC est orientée et cadrée par les directives internationales et nationales. Tous les acteurs doivent se les approprier et conduire les interventions conformément aux orientations du domaine.

Une liste non exhaustive de ces documents est présentée ci-après :

- *La Déclaration issue de la 1^{ère} Conférence internationale sur la santé en 1946 /préambule à la constitution de l'OMS*
- *La Déclaration de Alma Ata sur les soins de santé primaires en 1978*
- *La charte d'Ottawa en 1986 relative à la promotion de la santé (1^{ère} Conférence sur la promotion de la santé)*
- *La déclaration de Harare sur la mise en place des districts sanitaires en 1987*
- *L'Initiative de Bamako en 1987 relative au financement des soins de santé primaire et à la participation communautaire*
- *La déclaration d'Addis Abeba en 2006 sur la santé communautaire dans la Région africaine pour garantir l'accès universel à des soins de santé de bonne qualité et un avenir plus salubre aux populations africaines*
- *La déclaration de Ouagadougou en 2008 sur l'affirmation de « l'appropriation et de la participation communautaire » comme un des domaines prioritaires des soins de santé primaires.*
- *Les Objectifs de développement durable qui constituent le programme des nations unies à l'horizon 2030 pour sauver l'humanité qui concernent tous les pays contrairement aux OMD qui concernaient uniquement les pays en développement*
- *Le plan national de développement sanitaire (PNDS) qui est le cadre unique des interventions de santé dans le pays et qui est aligné sur le Plan national de développement*
- *Le Cadre national de mise en œuvre des interventions à base communautaire en santé (2015), représentant le cadre de référence des interventions de santé communautaire en Côte d'Ivoire*
- *Le Décret 96 -316 du 24 Avril 1996 portant création et organisation du comité national d'action sanitaire qui est un cadre multisectoriel avec ses démembrements à tous les niveaux administratifs pour coordonner et faire le suivi du plan national de développement sanitaire*
- *La Politique nationale de santé communautaire (2021) : c'est le cadre d'orientation des interventions communautaires en santé en Côte d'Ivoire*
- *Les documents stratégiques des programmes de santé qui guident la mise en œuvre des interventions relatives à chaque thématique de santé*
- *Les documents stratégiques des autres ministères impliqués dans la mise en œuvre des interventions communautaires*
- *Les Manuels de formation des ASC de base, ASC Coach et des autres acteurs communautaires (groupement féminin / GF, Ecole des maris / EdM, Ecole des futurs maris / EdFM, etc.)*

- *Le Document opérationnel de coordination et de suivi des interventions communautaires*
- *Le Guide de mise en œuvre de la supervision dédiée des ASC en Côte d'Ivoire*
- *Le Document opérationnel d'intégration des interventions de santé communautaire dans la coordination et le suivi évaluation à chaque niveau de la pyramide sanitaire*

I.2.2 Rappel synthétique de la Politique Nationale de Santé Communautaire (PNSC)

La politique nationale de santé communautaire (PNSC) élaborée en 2021, est alignée sur le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2021-2025. La vision de la PNSC qui est en harmonie avec celle du PNDS 2021-2025, se présente comme suit : « **Une Côte d'Ivoire où tous les individus, les ménages et les collectivités ont accès à des services de santé promotionnels, préventifs, curatifs et ré-adaptatifs de qualité, avec leur pleine participation sans aucune forme d'exclusion et dans un partenariat entre les communautés, les services sociaux de base et l'administration locale, pour un meilleur état de santé** ».

Les principales articulations de la PNSC sont les suivantes :

Objectif général	Contribuer à la réduction de la morbidité et de la mortalité avec la pleine participation des communautés
Objectifs spécifiques	<ol style="list-style-type: none"> 1. Renforcer le cadre institutionnel et réglementaire de la santé communautaire afin de la rendre performante 2. Renforcer l'autonomie et les capacités des communautés à gérer leur santé 3. Assurer la couverture en services de santé communautaire de qualité à toutes les communautés 4. Assurer la pérennisation des interventions communautaires
Orientations stratégiques	<ol style="list-style-type: none"> 1. Le renforcement du cadre institutionnel et organisationnel de la santé communautaire 2. Le renforcement des capacités des communautés à prendre en charge efficacement leurs problèmes de santé 3. L'amélioration de l'accès aux soins de santé primaires par la promotion de la couverture maladie universelle (CMU) 4. L'amélioration de la couverture et de la qualité des interventions communautaires 5. Le renforcement du Système d'Information à Base Communautaire (SIBC) 6. La promotion de la recherche et de l'utilisation des données 7. L'augmentation et l'amélioration de l'efficacité et l'efficience du financement de la santé communautaire y compris la mise à contribution de sources de financements pérennes et innovants.

CHAPITRE II : APPROCHES ET PROCEDURES HARMONISEES DE MISE EN ŒUVRE DE LA SANTE COMMUNAUTAIRE

Ce chapitre rappelle les principales résolutions adoptées par l'ensemble des acteurs de la santé communautaire à l'issue du processus de réflexion conduit en 2021 sur la conception et la mise en œuvre des interventions de santé communautaire en Côte d'Ivoire.

II.1 CONCEPTION INITIALE DE L'INTERVENTION ET CHOIX DE LA ZONE DE COUVERTURE

La mise en place d'une intervention à base communautaire (IBC) doit répondre à une démarche structurée basée portant sur les besoins et les attentes de la population. Le point de départ est donc la communauté et plus particulièrement l'identification des besoins de santé de celle-ci.

Le choix de la zone de couverture de l'IBC est guidé par des priorités issues de données macroscopiques collectées au niveau du pays et/ou par les bailleurs, à partir desquelles l'analyse du contexte social et du cadre légal ainsi que des difficultés rencontrées par les populations vulnérables, permettent d'envisager l'intervention. Il doit être participatif, impliquant aussi bien les communautés locales, les autorités locales et les services de l'Etat, que les autres ONG et/ou Organisation à base communautaire travaillant dans la localité.

II.2 MODALITÉS ET PROCÉDURES DE PRÉPARATION ET DE DÉMARRAGE DE L'ACTION

Le succès de la mise en œuvre d'une IBC dépend en grande partie de la qualité de la préparation tant au niveau institutionnel qu'au sein des communautés. La qualité de la préparation consiste à s'assurer que :

- L'IBC (projet/programme) est alignée sur la politique nationale de santé communautaire et les perspectives du Ministère en charge de la santé en termes de priorité géographique pour l'extension et/ou la consolidation de la santé communautaire ;
- Au-delà de l'alignement, les interventions sont harmonisées, complémentaires et/ou synergiques à celles existantes ;
- L'ensemble des besoins sont pris en compte et que les initiatives sont bien coordonnées aussi bien au niveau central que local.

II.3 MODALITÉS ET PROCÉDURES DE CHOIX DES ACTEURS COMMUNAUTAIRES

II.3.1 Qui sont les acteurs communautaires impliqués dans l'IBC ?

Les acteurs communautaires peuvent être répartis en deux grands groupes :

- Au niveau du secteur public de la santé : ce sont les Agents de Santé Communautaire (ASC) rattachés aux aires de santé des districts sanitaires ;
- Au niveau du secteur privé/associatif/organisations de la société civile (OSC) : il s'agit des Relais communautaires ou membres bénévoles appartenant à *i) des Groupements de défense sanitaire (GDS)/organisations à base communautaire œuvrant dans le domaine de la santé animale et halieutique ; ii) des mutuelles de développement ; iii) des organisations féminines et masculines ; iv) des ONG locales ; v) des Comités de Gestion (COGES) des établissements de santé et de l'éducation ; vi) des comités de gestion de l'eau/hygiène/assainissement ; vii) la population ou bénéficiaires des IBC.*

La Politique Nationale de Santé Communautaire recommande la mise en place d'un dispositif local intégrant les ASC et les relais communautaires. D'où l'intérêt de mettre en place un **Groupe d'Action Communautaire (GAC)** en tant qu'organe approbateur et de redevabilité au niveau de la communauté, à travers les CVD/CDQ⁵. Le GAC constitue un mécanisme de renforcement des prises de décision (*Empowerment*) de la communauté, lui permettant de faire un choix éclairé de la ou des solutions pouvant être développées en réponse aux problèmes prioritaires identifiés.

II.3.2 Comment les membres du GAC sont-ils choisis ?

Les membres du GAC sont choisis par la communauté elle-même avec l'appui des personnes ressources : Autorités préfectorales, Coordonnateurs des activités communautaires (CAC), Responsables des Etablissements Sanitaires de Premier Contact (ESPC) et/ou des COGES, Responsables d'ONG locales, Responsables des CVD/CDQ, etc. Ces personnes ressources informent la communauté et l'invitent à s'approprier les critères, les procédures de choix, les tâches des membres du GAC, etc.

La sélection se fait selon les modalités suivantes :

- Les membres du GAC sont choisis par consensus parmi ceux qui remplissent les critères préalablement définis par la communauté. Ils doivent être représentatifs des caractéristiques de la communauté : *répartition géographique équitable, prise en compte de la dimension genre, accent particulier sur les jeunes et les femmes, etc.*
- La sélection se fait au cours d'une réunion/assemblée présidée par le responsable

⁵ Conformément à la politique nationale de santé communautaire, le Groupe d'Action Communautaire rend visible, à travers les CVD/CDQ, l'extension du système national de santé au niveau de la communauté et rend compte des changements découlant de la réalisation des activités planifiées

de la communauté concernée : *Chef de village/quartier, Leader de communautés spécifiques, etc.*

- La réunion de sélection est sanctionnée par un procès-verbal (PV) rédigé par le secrétaire de séance et signé par les membres du comité de sélection. Ce PV (*Voir modèle à l'annexe 1*) est transmis aux autorités locales : *Autorités préfectorales, Directeur Régional de la santé, Directeur Départemental de la Santé, etc.*

L'étroite collaboration entre les autorités locales et le GAC est indispensable au développement d'une communauté forte et autonome dans la gestion de ses propres problèmes de santé. Elle favorise, en effet, la mise en commun des ressources humaines, matérielles, financières ou informationnelles en vue de l'exécution de services d'intérêt collectif.

La formalisation du cadre de cette collaboration se fait à travers la fiche d'engagement volontaire qui définit les rôles et responsabilités de chaque partie, précise un ensemble de règles de fonctionnement et les modalités de redevabilité (redevabilité ascendante : du GAC aux prestataires et ASC ; et redevabilité descendante : des autorités locales aux prestataires). Cette formalisation permettra :

- *Des réponses coordonnées et concertées pour assurer la complémentarité entre les différents intervenants ;*
- *Le renforcement de la solidarité, la communication et le transfert des compétences ;*
- *La mobilisation de ressources supplémentaires et la rationalisation de l'utilisation des ressources disponibles*

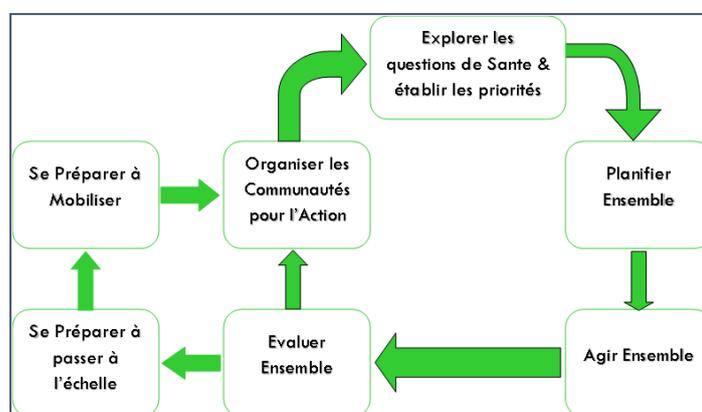
II.4 SERVICES OFFERTS PAR LES MEMBRES DU GAC

A partir des domaines de compétence dévolus aux GAC leurs tâches/fonctions se présentent comme suit :

Activités/Tâches/Fonctions	
1	SERVICES ADMINISTRATIFS ET DE GESTION
1.1	Participer au Diagnostic Communautaire (DC)
1.2	Participer à l'élaboration du Plan d'Action Communautaire (PAC)
1.3	Recenser la population de sa zone d'intervention (nom, prénoms, âge, sexe, concession / ménage, etc.) et consigner les données de recensement dans le cahier de l'Agent pour les activités de promotion de la santé
1.4	Mettre à jour les informations sur les naissances et les décès
1.5	Faire régulièrement des rapports d'activités qu'il transmet au responsable de l'ESPC qui couvre sa zone d'intervention
1.6	Informers régulièrement la communauté sur la situation épidémiologique de sa zone d'intervention
1.7	Assurer la gestion des intrants et des médicaments mis à sa disposition
2	SERVICES DE SANTE ET DE DEVELOPPEMENT

2.1	Activités promotionnelles et préventives
2.1.1	Mener les activités d'Information-Education-Communication (IEC)/ Communication pour le Changement de Comportement (CCC)/ Communication pour le Développement (C4D) concernant les problèmes de santé qui se posent ainsi que les méthodes de prévention et de lutte qui leur sont applicables (Santé/Education)
2.1.2	Organiser des activités visant un approvisionnement suffisant en eau saine et des mesures d'assainissement de base (Eau-Hygiène-Assainissement / WASH)
2.1.3	Faire la promotion de bonnes conditions alimentaires et nutritionnelles, (Santé/Agriculture et Production animale et halieutique/Industrie)
2.1.4	Promouvoir la protection maternelle et infantile y compris la planification familiale (Santé/Protection familiale)
2.1.5	Participer à la distribution à base communautaire de médicaments et intrants y compris les traitements de masse
2.1.6	Faire le dépistage et le suivi communautaire de certaines affections
2.1.7	Participer à la vaccination contre les grandes maladies infectieuses
2.1.8	Participer à la surveillance épidémiologique des maladies pour la prévention et le contrôle des endémies locales
2.1.9	Faire la référence/orientation des cas de maladies
2.1.10	Participer aux activités de développement communautaire et aux actions humanitaires
2.2	Activités curatives et de soins palliatifs
2.2.1	Participer au traitement des affections simples et courantes
2.2.2	Faire le suivi de l'observance des traitements prescrits par l'agent de santé
2.2.3	Apporter des soins et soutiens aux personnes souffrant de maladies chroniques
NB : L'intégration du Diagnostic Communautaire (DC) et du Plan d'Action Communautaire (PAC) dans les attributions du GAC pose les bases de la participation et de l'engagement communautaire.	

Les modalités de préparation de l'action Communautaire, de choix des acteurs et les services offerts participant du cycle d'action Communautaire dont les sept phases sont présentées dans la figure ci-dessous.



Source: Méthodologie du cycle de l'action Communautaire, Manuel du participant

Le cycle d'action Communautaire est le processus à travers lequel les communautés elles-mêmes sont mobilisées pour organiser une action; explorer les questions de développement et établir les priorités; planifier, agir et évaluer les programmes mis en oeuvre. Le ministère en charge de la santé fournit les directives et l'appui aux communautés à travers le cycle. Le processus de mobilisation Communautaire donne aux communautés les moyens de s'assumer et améliorer l'autosuffisance et la durabilité.

II.5 MODALITÉS ET PROCÉDURES DE RENFORCEMENT DES COMPÉTENCES DES MEMBRES DU GAC

Le renforcement des capacités des membres du GAC repose sur les domaines de compétence dévolus à chacun d'entre eux et suit les directives de l'OMS. Sur la base de ces domaines de compétence, des modules de formation adaptés à chaque niveau (*central, régional et local*) et à chaque profil d'acteurs sont élaborés à partir de documents ressources nationaux et internationaux. Ces modules devront inclure les aspects managériaux tels que la planification, la gestion du temps, le suivi-évaluation, et le cycle d'actions communautaires, indispensables à la bonne conduite des interventions.

Les documents conseillés pour la formation des acteurs communautaires sont les suivants :

- Module de référence pour la formation des agents de santé communautaire (Guide du formateur, Cahier du participant, le manuel du participant) ;
- Module de référence pour la formation des autres acteurs communautaires
- Documents du Groupement féminin (le guide du formateur, le manuel technique du participants, le cahier du participant) ;
- Documents de formation des écoles de Marie (le guide du formateur, le manuel technique du participants, le cahier du participant) ;
- Documents de formation des superviseurs dédiés aux ASC (le guide du formateur, le manuel technique du participants, le cahier du participant).
- Documents de formation sur la mobilisation communautaire (le guide du formateur, le manuel technique du participants, le cahier du participant)

Pour dispenser les formations des acteurs communautaires, une session de formation des formateurs est réalisée sur l'utilisation et la dispensation du contenu des formations.

A l'issue de chaque renforcement de capacité des acteurs communautaires, des missions de coaching d'appui systématique sont conduites pendant la phase pratique pour s'assurer de l'acquisition des compétences.

Dans les phases initiales de l'intervention à base communautaire, la formation initiale au service civique des membres du GAC aura l'avantage de développer chez ces derniers l'esprit de la solidarité et de l'engagement civique.

II.6 MODALITÉS ET PROCÉDURES DE RÉMUNÉRATION ET DE MOTIVATION DES ACTEURS COMMUNAUTAIRES

On identifie différentes sources de motivation des acteurs communautaires à savoir :

- Primes de motivations
- Remise de certains coûts de prestations sous forme de numéraire aux acteurs communautaires
- Certification/distinctions/reconnaissance sociales
- Formation/coaching/supervision réguliers
- Don de matériel
- etc.

Au vu des ressources financières importantes que nécessite la mise en œuvre d'une IBC, la Politique Nationale de Santé Communautaire recommande :

- La diversification des sources de financement de la santé communautaire en insistant sur celles qui sont pérennes et innovantes, à l'image du modèle des Communautés d'Épargne et de crédit interne.
- L'éducation financière communautaire comme première source de motivations pour mettre en confiance et responsabiliser les communautés à la gestion efficiente des fonds dédiés aux activités.
- Le développement de mécanismes dédiés de mobilisation de ressources, à l'image des activités génératrices de revenus (AGR), pour le financement de la santé communautaire. Ces mécanismes devront s'appuyer beaucoup plus sur les ressources existant sur le territoire avec une forte implication des collectivités locales et des communautés.
- Un plaidoyer auprès des populations, des PTF et d'autres sources potentielles de financement, à l'aide d'un plan de mobilisation des ressources, en vue de rassembler les ressources suffisantes et adéquates.

Les activités seront intégrées dans les plans annuels du GAC et financées de commun accord entre le gouvernement, les communautés et les PTF selon les différentes sources de financement disponibles

II.7 MODALITÉS ET PROCÉDURES D'ÉVALUATION DES PERFORMANCES DES ACTEURS COMMUNAUTAIRES

Compte tenu de l'importance de la santé communautaire pour le développement des soins de santé primaires, les performances des acteurs communautaires seront régulièrement évaluées. Il s'agit d'une évaluation formative réalisée à partir de la documentation des activités des acteurs communautaires, notamment l'appréciation de la dynamique d'amélioration de différents items sur plusieurs mois, combinée aux données concernant leur gestion administrative.

Les supervisions constituent une opportunité d'évaluation technique de la maîtrise des actes et des prestations des acteurs communautaires. Elles constituent une fenêtre d'opportunité pour corriger les erreurs, renforcer ou faire la mise à jour des connaissances des acteurs

communautaires. D'où la nécessité de faire de la supervision une activité à part entière du PMA, avec des personnes qui sont formées et focalisées sur cette tâche.

L'évaluation des performances peut se faire avant le renouvellement de l'engagement de l'acteur communautaire. Les éléments pouvant être pris en compte au cours de cette évaluation sont les suivants :

- La présence et le travail effectif sur le terrain ;
- L'acceptation et l'intégration au sein de la communauté en contribuant à la cohésion sociale et non en étant un facteur de conflit ;
- L'appréciation de la qualité du travail par l'appréciation des communautés à travers l'autoévaluation communautaire ;
- Les résultats obtenus, à juger en fonction du contexte et de la survenue d'évènements comme l'insuffisance de ressources, la saison, la rupture des produits de santé, la sécurité, etc.

Les décisions de renouvellement de l'engagement ou de remplacement de l'acteur communautaire sont prises à la suite de cette évaluation.

Le remplacement d'un acteur communautaire doit porter essentiellement, sauf faute grave, sur les rôles et responsabilités dans le GAC en réduisant les incompréhensions et capitalisant sur les acquis de l'acteur communautaire.

CHAPITRE III : DEMARCHE D'UNE INTERVENTION A BASE COMMUNAUTAIRE

Cette section décrit les étapes d'une intervention à base communautaire (IBC). Elle présente les parties prenantes d'une IBC, avant d'aborder sa planification qui comprend le diagnostic communautaire c'est-à-dire l'analyse de la situation, la priorisation des problèmes et les solutions ; ainsi que l'élaboration du plan d'actions communautaires (PAC). Elle explique ensuite les modalités d'organisation et de mise en œuvre d'une IBC, notamment comment établir un premier contact avec la communauté, la programmation des actions et décrit les connaissances, les compétences et les attitudes les plus importantes dont les acteurs ont besoin pour renforcer la mise en œuvre de l'IBC. Elle décrit également les différents aspects de coordination notamment les instances et structures de gestion, et de suivi-évaluation, avant de s'achever par les modalités de gestion des risques de l'IBC.

Des conseils d'application pratiques sont également fournis aux différentes étapes décrites.

III.1 ANALYSE DES PARTIES PRENANTES D'UNE IBC

L'action communautaire désigne toute initiative, issue de personnes, de groupes communautaires, d'une communauté (géographique, locale, régionale, nationale, d'intérêts, d'identités) visant à apporter une solution collective et solidaire à un problème social ou à un besoin commun.

Sur la base de cette définition et dans le cadre de la mise en œuvre d'un projet de santé communautaire, les parties prenantes d'une intervention à base communautaire (IBC) peuvent se répartir comme suit :

Maître d'ouvrage : Personne morale (*Organisation ou structure*) ou personne physique porteur de projet de santé communautaire et disposant d'un financement pour sa mise en œuvre.

→ C'est le bailleur du projet.

Maître d'œuvre : Personne morale (*Organisation ou structure*) bénéficiant d'un financement pour la mise en œuvre d'un projet de santé communautaire.

→ C'est l'agence ou structure d'exécution du projet. Elle dispose de personnel dédié au projet (*administratif, financier, programmatique, suivi évaluation, logisticien, etc.*). En fonction de la nature du projet, elle peut recruter ou utiliser des bénévoles ou volontaires communautaires choisis au sein de la communauté pour mener des interventions communautaires.

Bénéficiaires du projet : Il s'agit des personnes que le projet cible et qui bénéficient des activités ou prestations du projet. Parmi les bénéficiaires ou populations cibles, le maître d'œuvre peut en fonction de la nature du projet, s'appuyer sur des volontaires/bénévoles communautaires pour mener des interventions communautaires en faveur de la population cible. C'est le cas des Conseillers communautaires, pairs éducateurs, etc. qui travaillent avec

les ONG; ou encore les ASC, et relais communautaires organisés par les structures étatiques ou les ONG, et qui travaillent en étroite collaboration avec les responsables des ESPC en étant membres des CVD en milieu rural et des CDQ/CDC en zone urbaine.

Organes de régulation : Ils sont représentés par les structures étatiques : ministères/directions techniques ministérielles centrales ou déconcentrées, programmes nationaux de lutte contre les maladies, etc. Ils ont pour rôle d'élaborer et diffuser les directives, normes et politiques, et de s'assurer de leur mise en œuvre par les acteurs de la santé communautaire ; c'est le cas de la Direction de la Santé Communautaire (DSC) qui s'appuie sur les services déconcentrés du Ministère en charge de la santé que sont les Directions régionales et départementales de la santé pour l'opérationnalisation de la santé communautaire.

Au moment de préparer l'action, le maître d'œuvre (*agence d'exécution du projet*) doit connaître tous les acteurs et groupes existants dans la localité cible, notamment les liens qui existent entre eux ainsi que leurs liens avec l'intervention. Pour ce faire il doit réaliser : i) La carte des liens entre acteurs/groupes ou Diagramme de Venn et ii) la Matrice de l'analyse des pouvoirs des acteurs/groupes.

III.1.1 La carte des liens entre acteurs/groupes ou Diagramme de Venn

Elle permet de voir les acteurs/groupes qui travaillent ou agissent déjà ensemble. Sa réalisation suit les étapes suivantes :

Etape 1 : Lister les différents acteurs/groupes influents (importants) de la localité selon les trois grands types d'acteurs (population, professionnels et institutionnels).

La Politique Nationale de Santé Communautaire identifie les principaux acteurs de la santé communautaire ci-dessous avec leurs rôles et responsabilités :

Acteurs	Rôles/ responsabilités
Ministère en charge de la santé et autres départements ministériels (Plan, Agriculture, Élevage/Environnement, Education, Jeunesse, Communication, Solidarité, Action sociale, Hydraulique, etc.)	<ul style="list-style-type: none"> • Assurer le suivi/évaluation des activités de santé Communautaire (Appui à la mise en œuvre de la surveillance épidémiologique à base Communautaire ; à la promotion de l'ATPC, Hygiène du milieu, l'accès et l'utilisation de l'eau potable, etc.) • Mobiliser les ressources matérielles et financières pour la mise en œuvre de la politique ; • Veiller aux transferts de ressources vers les collectivités locales • Assurer le contrôle de l'utilisation des ressources
Autorités préfectorales	<ul style="list-style-type: none"> • Vulgariser les textes juridiques • Nommer les ASC par arrêté préfectoral sur proposition de la communauté • Encadrer le recrutement et participer à l'installation officielle des ASC et RECO • Mobiliser les communautés

	<ul style="list-style-type: none"> • Faire la promotion des ASC et RECO • Assurer le suivi/évaluation des activités de la santé communautaire
Conseils régionaux et Mairies	<ul style="list-style-type: none"> • Mobiliser les ressources matérielles et financières pour la motivation des ASC et des RECO • Mobiliser la communauté • Promouvoir les activités génératrices de revenus • Participer à l'installation officielle des ASC et des RECO • Assurer le suivi des activités des ASC dans le cadre de la promotion de la santé communautaire
Autorités régionales / Equipes Régionales de Santé (ERS)	<ul style="list-style-type: none"> • Participer à la mobilisation des ressources matérielles et financières en faveur de la santé communautaire • Faire la promotion de la santé communautaire • Apporter régulièrement et annuellement un appui financier et matériel pour la mise en œuvre des interventions • Intégrer le volet communautaire dans la supervision des ECD (Equipe Cadre du District) ; • Former les ECD aux activités communautaires ; • Coordonner, suivre, évaluer et faire le rapportage des interventions à base communautaire ; • Faire le plaidoyer pour la mobilisation des ressources • Promouvoir la multisectorialité
Autorités départementales / Equipes Cadres de District (ECD)	<ul style="list-style-type: none"> • Former les responsables des ESPC pour la mise en œuvre des interventions à base communautaire ; • Equiper les responsables des ESPC en outils de gestion des interventions à base communautaire ; • Superviser les responsables des ESPC sur la mise en œuvre des interventions à base communautaire ; • Coordonner, suivre, évaluer et faire le rapportage des interventions à base communautaire (activités des ASC) ; • Mobiliser les ressources pour la mise en œuvre des interventions à base communautaire • Promouvoir la multisectorialité
Responsables des ESPC	<ul style="list-style-type: none"> • Mobiliser les communautés et les ressources locales ; • Former et superviser les ASC et RECO ; • Rendre disponibles les intrants et les outils de gestion au niveau des ASC
Comités de Santé	<ul style="list-style-type: none"> • Mobiliser les communautés ; • Mobiliser les ressources locales ; • Participer à la mise en œuvre des interventions à base communautaire
Comités de Gestion des Etablissements Sanitaires	<ul style="list-style-type: none"> • Mobiliser les communautés ; • Mobiliser les ressources locales ; • Participer à l'organisation du monitoring des activités communautaires
Comités Villageois de Développement (CVD) et les	<ul style="list-style-type: none"> • Mobiliser les communautés • Assurer la supervision du processus de diagnostic communautaire

Comités de Développement de Quartier (CDQ) ou des cités (CDC)	<p>et de planification des actions communautaires</p> <ul style="list-style-type: none"> • Contribuer à la mobilisation des ressources locales nécessaires à la mise en œuvre des interventions à base communautaire et à la motivation des ASC et RECO
Agents de Santé Communautaire (ASC)	<ul style="list-style-type: none"> • Mobiliser les communautés ; • Mettre en œuvre les interventions (prévention, prise en charge des cas simples, référence/orientation, gestion des intrants) au niveau communautaire ; • Recueillir les données communautaires ; • Réaliser le monitoring des activités communautaires avec l'appui du responsable de l'aire de santé
ONG Nationales, Internationales et Associations locales	<ul style="list-style-type: none"> • Mobiliser les communautés • Contribuer à la mobilisation des ressources • Appuyer le processus de sélection des RECO • Contribuer à l'organisation des missions conjointes de suivi et d'évaluation des activités de santé communautaire • Apporter un appui technique, matériel et financier nécessaire aux activités des ASC en collaboration avec les autorités sanitaires et administratives • Faire le rapportage des activités communautaires au responsable du centre de santé • Participer aux réunions de coordination organisées par l'ECD • Intégrer leur Plan de travail dans la planification de ECD
Praticiens de la médecine traditionnelle	<ul style="list-style-type: none"> • Contribuer à la mobilisation des communautés, • Participer aux sessions de formations et de remise à niveau • Faire l'IEC/CCC • Référer/Orienter les cas • Participer aux réunions de suivi des interventions au niveau de la communauté.
Leaders d'opinion (Parlementaires, chefs traditionnels, chefs religieux, responsables d'associations)	<ul style="list-style-type: none"> • Mobiliser les communautés, • Participer à la mobilisation des ressources • Contribuer à la motivation et à la reconnaissance des ASC et RECO, • Participer aux réunions de suivi des interventions au niveau de la communauté
Partenaires techniques et financiers (PTF)	<ul style="list-style-type: none"> • Appui technique et financier • Participer au suivi/évaluation • Participer au développement du processus de la mise en œuvre

Etape 2 : Apprécier le degré d'importance de chaque acteur/groupe.

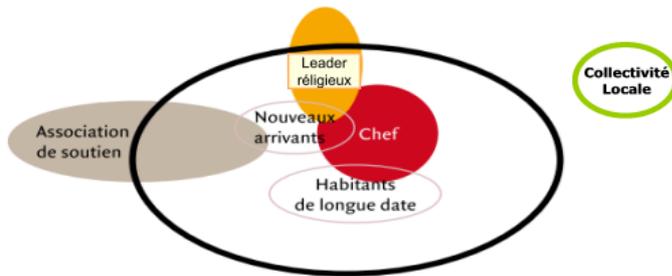
- *Utilisez de petits cercles (pour les acteurs/groupes de faible degré d'importance), des cercles de taille moyenne (pour les acteurs/groupes de degré d'importance moyenne) ou de grands cercles (pour les acteurs/groupes de fort degré d'importance).*
- *Indiquez le nom (ou un symbole) de chaque acteur/groupe dans le cercle correspondant.*
- *Dans la mesure du possible, chaque organisation pourrait avoir un cercle d'une couleur différente.*

Etape 3 : Identifier-les acteurs/groupes qui travaillent ensemble ou qui partagent des membres.

Etape 4 : Tracer/coller les cercles dans les différents formats et couleurs sur une grande feuille ou un tableau selon les critères suivants :

- Les cercles sont séparés s'il n'y a pas de contact/de lien entre les acteurs
- Les cercles se touchent s'il y a échange d'informations entre les acteurs
- Les cercles sont légèrement superposés s'il y a une légère coopération entre les acteurs dans la prise de décision
- Les cercles sont complètement superposés s'il y a une forte coopération entre les acteurs dans la prise de décision

La figure ci-dessous illustre cette étape



Commentaires : De ce diagramme ressort que le chef et le leader religieux sont influents, de même que l'association de soutien. Il n'y a pas d'interaction entre les nouveaux arrivants et les habitants de longue date, et la collectivité locale n'a pas de relation avec le site d'occupation

Figure 1 (M3S2) : Exemple de diagramme de Venn, adapté

Source : Carol Hooks. Guide pour travailler les groupes communautaires, adaptés de Go Communities! A Manual for Mobilizing Communities to Take Action to Reduce Girls' Vulnerability to HIV/AIDS ("Go Communities," 2011)

III.1.2 La Matrice de l'analyse des pouvoirs des acteurs/groupes

Elle permet d'apprécier l'influence des acteurs/groupes identifiés sur le porteur de l'IBC. Cette influence se mesure selon deux paramètres : le **niveau d'intérêt** (Favorable ; Neutre et Contre) et le **niveau de pouvoir** (Faible Vs Elevé).

NIVEAU D'INTERET		FAIBLE	ELEVE
	FAVORABLE	<p>Les tenir régulièrement informés des actions <i>Ex : leur envoyer des notes d'information régulière sur vos actions</i></p>	<p>Alliés clés qui soutiennent en permanence vos actions. <i>Ex : Organiser des rencontres régulières pour clarifier leurs besoins</i></p>
	NEUTRE	Principal champ de bataille pour en faire un allié clé	
CONTRE	<p>Doivent être surveillés <i>Ex : Refaire l'analyse des pouvoirs assez souvent</i></p>	<p>Opposants principaux dont il faut satisfaire certains besoins spécifiques afin de développer leurs niveaux d'intérêt et éviter les conflits <i>Ex : Partager avec eux vos bonnes pratiques et vos leçons apprises</i></p>	
		NIVEAU DE POUVOIR	

III.2 PLANIFICATION D'UNE IBC

La planification d'une IBC comprend deux principales phases : le diagnostic communautaire et l'élaboration du plan d'actions communautaires qui constitue le point de départ du projet communautaire. Cette étape correspond à la phase du « Planifier ensemble » du cycle d'action Communautaire

III.2.1 Diagnostic communautaire (DC)/phase d'exploration

III.2.1.1 De quoi s'agit-il ?

Le diagnostic communautaire (DC) est à la fois un outil d'analyse et de mobilisation de la communauté. Etape initiale d'une IBC, le diagnostic communautaire est un processus collectif d'auto-évaluation mis en place par la communauté pour :

- Identifier ses problèmes et besoins en matière de santé et développement
- Repérer et redynamiser des réseaux d'actions existant en son sein
- Faire l'inventaire des ressources du milieu
- Rechercher les solutions et les bonnes pratiques communautaires existantes en réponse aux problèmes identifiés

III.2.1.2 Qui en prend l'initiative ou décide de le faire ?

- Le DC est parfois exigé par le bailleur du projet
- Le plus souvent c'est l'agence ou structure d'exécution du projet qui l'intègre dans sa stratégie d'intervention
- La communauté elle-même peut décider de conduire l'exercice

III.2.1.3 Comment faire un diagnostic communautaire ?

Le diagnostic communautaire consiste au recueil et à l'analyse, avec la communauté, des informations sur les ressources et capacités de la communauté. Cette analyse participative et inclusive de la situation permet de comprendre le contexte d'intervention et de déterminer les actions les plus appropriées. Le diagnostic communautaire comprend les principales actions suivantes : 1) l'Observation ou immersion passive, 2) l'immersion active, 3) la collecte et l'analyse des données, 4) la reddition du diagnostic et 5) l'évaluation globale.

Phase 1 : Observation/immersion passive

Il s'agit du premier contact du maître d'œuvre/agence d'exécution du projet avec la localité ou le groupe social concerné. A cette étape, des rencontres fortuites ou provoquées sont initiées auprès de personnes rencontrées par hasard ou auprès de personnes ressources (Représentants d'associations ou de services, etc.). Ces entretiens informels avec prise de notes permettent de susciter l'intérêt pour le processus de planification et de construire le canevas d'entretien pour le diagnostic initial. Cette étape peut durer quelques jours, voire plusieurs semaines.

Phase 2 : Immersion active

Cette étape est marquée par la verbalisation du projet de diagnostic c'est-à-dire que les thématiques prennent forme et la création de liens qui vont permettre de former l'équipe d'évaluation. Les premières rencontres formelles ont lieu pour expliquer les buts et la planification de l'action communautaire. D'autres sessions serviront à finaliser le canevas d'entretien et à former les interviewers sur la méthode de conduite des entretiens. Cela peut prendre plusieurs semaines, voire des mois.

Trois grands types d'acteurs émergent lors de la mise en œuvre d'un diagnostic communautaire : la population, les professionnels (extérieurs ou de proximité) et les institutionnels (partenaires politiques, techniques ou financiers).

Phase 3 : Collecte et analyse des données

3a Récolter et analyser des données quantitatives et/ou qualitatives obtenues auprès de différentes sources : *état civil, universités, ministères, institutions hospitalières, organismes non gouvernementaux, informateurs clés, etc.* Cette collecte se fait à partir d'un canevas d'entretien coconstruit avec l'ensemble des acteurs/groupes identifiés (*Voir exemple de Grille d'évaluation de la communauté à l'annexe 2*). A cette étape, une équipe de planification communautaire (EPC) est constituée dans le but de collecter, analyser les données et produire le plan d'action communautaire. Cette équipe aussitôt mise en place, est orientée sur les outils à utiliser pour la collecte de données sur le terrain.

- ***Elaborez un calendrier des rencontres d'exploration pour recueillir des informations auprès de la communauté.***
- ***Divisez les membres de l'EPC en petites équipes d'exploration pour être beaucoup plus efficaces et traduisez, au besoin, les outils de collecte dans la langue locale.***
- ***Ecoutez ce que les gens ont à dire au sujet de leur communauté. (Votre rôle n'est pas d'aider, de réparer, de diriger ou de prendre les choses en main, mais principalement de poser des questions et d'écouter ce que les gens ont à dire.)***
- ***Choisissez la méthode d'organisation des informations en fonction de la quantité d'information à analyser, du niveau de précision souhaité, du niveau de qualification des membres de l'équipe, du temps et des ressources disponibles. Les données collectées sont d'ordre :***
 - *Sociodémographique : répartition par âge et par sexe, taux de natalité, taux d'accroissement démographique, flux migratoire, taux global de fécondité, revenu moyen, taux de chômage, taux de pauvreté, niveau de scolarité, etc.*
 - *Epidémiologique : mortalité, morbidité d'une ou des affections, etc.*
 - *Psychosocial : connaissances, représentations, attitudes, comportements, pratiques, etc.*
 - *Sanitaire : Consultation prénatale (CPN), consultation post-natale (CPoN), accouchement assisté par une personne qualifiée, nombre de consultations curatives, etc.*
 - *Communautaire : ONG nationales et internationales œuvrant au niveau local, nombre de partenariats établis, nombre de conventions, etc.*

o Etc.

- **Faites faire l'analyse statistique des variables par une personne ressource ayant les compétences**

3b Procéder, avec l'aide de personnes ressources, à un inventaire des ressources communautaires (*Voir modèle carte des ressources communautaires à l'annexe 3*).

La carte indique les ressources physiques (maisons, routes, pompes à eau, etc.), humaines (main d'œuvres locales, expertises locales, etc.), sociales (acteurs communautaires clés, organisations/groupe de soutien, etc.), financières (argent, dispositifs d'épargne et de crédits), naturelles (terres, sources d'eau, etc.), institutionnelles (hôpital, école, église/mosquée, marché, etc.).

Phase 4 : Reddition du diagnostic (feedback)

4a Organiser des rencontres d'échanges et de réflexions en équipe avec la possibilité de l'élargir à certains acteurs identifiés au cours de la collecte de données.

Utilisez une ou plusieurs techniques de réflexion de groupe pour la conduite des travaux (Voir glossaire des méthodes de facilitation à l'annexe 4). Ces travaux vont aboutir à l'identification des problèmes majeurs de la communauté.

Les résultats compilés du diagnostic peuvent être partagés aux différentes parties prenantes pour feedback.

4b Organiser la restitution, sous forme de synthèse, des données du diagnostic aux personnes interrogées afin de recueillir leurs opinions, critiques et idées nouvelles. Cela participe d'un véritable travail d'auto-critique de la part des intervenants.

Organisez un atelier avec l'ensemble des parties prenantes ou une assemblée de village/quartier avec les différentes composantes de la communauté à un jour et une heure qui conviennent à tous

Phase 5 : Evaluation globale

Le diagnostic communautaire se termine par cette phase conclusive qui fait le bilan des forces en présence, des ressources disponibles et manquantes, ainsi que des besoins et des priorités d'actions mis en évidence.

5a Identification et priorisation des problèmes

Il s'agit pour la communauté de choisir, c'est-à-dire identifier et prioriser le(s) problème(s) ou question(s) de santé autour duquel elle se mobilisera, de l'examiner dans le détail afin d'apprendre autant que possible à propos des personnes qui sont les plus touchées, des ressources et des obstacles. Les membres de l'équipe de planification communautaire (EPC) se réunissent pour examiner, synthétiser et analyser les données et les informations collectées. Ils hiérarchisent ensuite les problèmes identifiés et procèdent à l'analyse des causes racines de chaque problème prioritaire identifié (*Voir grille de priorisation de problèmes/solutions à l'annexe 5*)

Ces rencontres peuvent être élargies à des représentants de la communauté identifiés au cours de l'exploration sur le terrain.

- ***On ne peut arriver à un consensus que si les membres de l'équipe respectent leurs différents points de vue.***
- ***Il arrive parfois que les programmes proposés ou mis sur pied par un organisme ne correspondent pas aux priorités de la communauté. Il faut garder à l'esprit que plus les gens se sentent concernés par la question qui vous occupe et plus ils prennent part à sa solution, plus les chances de succès de votre initiative seront grandes.***
- ***Plus la structure de votre communauté est évoluée, plus il y aura de personnes et d'organismes qui voudront prendre part au processus.***

La démarche suit les étapes ci-dessous décrites :

- **Etape 1** : Inscrire les problèmes majeurs identifiés dans la première colonne du tableau
- **Etape 2** : Réfléchir à chacun des problèmes sous l'angle de l'importance du problème (*Combien de personnes sont touchées ?*), de la gravité du problème (Le problème entraîne-t-il des incidents ? accidents ? la maladie ? la mort ?) et de la capacité à agir sur le problème (Y a-t-il quelque chose qui est déjà fait concernant ce problème ? Est-ce que ça marche ? Les membres de la communauté sont-ils motivés pour agir sur ce problème ?)
- **Etape 3** : Noter individuellement chaque problème selon le barème suivant :

Importance du problème	Gravité du problème
<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Pas de personnes = 0 pt</i> ▪ <i>Peu de personnes (moins de 1000) = 1 pt</i> ▪ <i>Beaucoup de personnes (plus de 1000) = 3 pts</i> 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Entraine incidents/accidents = 1 pt</i> ▪ <i>Entraine la maladie = 2 pts</i> ▪ <i>Entraine la mort = 3 pts</i>
Existence d'une solution au problème	Motivation de la communauté à agir
<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Non, aucune solution = 0 pt</i> ▪ <i>Oui, mais qui ne marche pas = 1pt</i> ▪ <i>Oui et qui marche bien = 3pts</i> 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Pas motivée = 0 pt</i> ▪ <i>Peu motivée = 1pt</i> ▪ <i>Très motivée = 3pts</i>

- **Etape 4** : Calculer le nombre total de point obtenu par le problème en additionnant les notes de chaque membre de l'équipe.
- **Etape 5** : Classer enfin les problèmes selon un ordre décroissant c'est-à-dire de celui qui a obtenu le plus de points vers celui qui en a eu le moins. Ceux ayant obtenu le plus haut score deviendront vos priorités d'action.

- ***Assurez-vous que tous les participants comprennent comment utiliser la matrice de priorisation***
- ***Mettez-vous tous d'accord sur deux ou trois priorités auxquelles vous pourrez vous attaquer immédiatement avec les ressources existantes. Vous pourrez vous occuper des autres priorités plus tard***
- ***Dessinez un arbre à problème pour chacun des problèmes prioritaires identifiés***
- ***Les participants ne s'entendront pas toujours sur les buts et priorités visés ou les méthodes à adopter.***

5b Identification et priorisation des possibilités d'actions

L'EPC analyse chaque problème prioritaire identifié pour en ressortir les causes principales (directes), sous-jacentes et plus profondes.

Procéder comme suit : A partir de chaque cause principale, se poser la question « Pourquoi cela arrive-t-il ? » pour identifier les causes sous-jacentes. En demandant « Pourquoi ? » de multiples fois, vous explorez les raisons profondes du problème.

5c Tableau synthèse du diagnostic communautaire

Problèmes prioritaires	Causes du problème	Stratégies d'affrontement	Solution possible	Barrières/obstacles	Ressources
<i>Indiquer les deux ou trois problèmes prioritaires identifiés</i>	<i>Inscrire les causes de chaque problème prioritaire identifié</i> <i>NB : Les participants à l'assemblée sont appelés à faire des commentaires.</i>	<i>Inscrire les stratégies habituellement développées par la communauté pour faire face au problème prioritaire identifié</i>	<i>Inscrire les solutions possibles de développement pour chaque problème</i> <i>NB : la communauté et les facilitateurs sont invités à discuter les solutions possibles et à apporter des idées.</i>	<i>Inscrire les principales barrières à la mise en œuvre de des solutions identifiées</i>	<i>Lister les ressources (humaines, matérielles, financière et informationnelles) nécessaires à la mise en œuvre des solutions identifiées</i>

III.2.2 Elaboration du plan d'action communautaire (phase de construction)

Le diagnostic communautaire aboutit à l'élaboration d'un plan d'action communautaire d'où provient le projet communautaire pour la résolution du ou des problèmes identifiés. Il s'agit de développer pour chaque cause un objectif, deux à trois stratégies et deux à trois activités pour adresser la question. Le plan d'action communautaire (PAC) doit rester souple, permettre aux acteurs de réorienter l'action en fonction d'événements non prévus, de nouveaux obstacles, de nouvelles ressources, etc.

- ***Soyez franc à propos de vos capacités limitées et soyez prêts à écouter et à apprendre de leurs capacités et à propos de leurs ressources.***
- ***Ne proposez pas immédiatement des solutions aux problèmes ; laissez les gens digérer les informations et menez ensuite une discussion sur la manière d'intervenir, les ressources qu'ils peuvent investir, et ce qu'ils attendent de votre organisation ou d'ailleurs.***
- ***Travaillez au rythme de la communauté plutôt que d'imposer les délais des agences extérieures. Restez très flexible.***

Tableau de plan d'actions communautaires

Composantes	Problèmes prioritaires	Que veut faire la communauté ?	Activités précises	Qui est responsable ?	Ressources nécessaires	Coût estimatif	Dates de début et de fin	Suivi de la progression
-------------	------------------------	--------------------------------	--------------------	-----------------------	------------------------	----------------	--------------------------	-------------------------

Descriptio n	Listez les deux ou trois problèmes prioritaires retenus	Listez-les objectifs que se fixe la communauté en rapport avec le problème identifié	Décrivez les activités qui seront menées	Identifiez la personne chargée de rendre compte de la réalisation de l'activité	Identifiez tout ce qu'il faut en termes de main d'œuvre, matériel, argent et informations	Définissez le montant nécessaire à la réalisation de l'activité	Estimez quand ça va commencer et quand ça va finir ?	Identifiez les indicateurs
Exemples	La plupart des membres de la communauté n'ont pas conscience des conséquences de la malnutrition dans les 1000 premiers jours de la vie	Fournir des informations sur l'alimentation adéquate dans les 1000 premiers jours de la vie	1) Organiser des sessions d'informations une fois par semaine	Animateurs X	Espace dédié Matériel IEC/CCC/CSC	100 000 (FCFA)	D'ici à septembre	- Nombre de sessions organisées - Nombre de participants enregistrés
			2) Travailler avec les leaders religieux pour discuter de l'alimentation adéquate dans les 1000 premiers jours avec les fidèles	Animateur Y			En continue	Nombre de sermons mentionnant l'alimentation dans les 1000 premiers jours

III.3 ORGANISATION ET MISE EN ŒUVRE DE L'IBC

III.3.1 Programmation et organisation des actions (phase de réalisation)

L'action communautaire est un processus de dialogue collectif permanent d'acteurs qui dans un premier temps définissent leur statut actuel, le(s) changement(s) qu'ils cherchent à faire et comment ils comptent le faire.

III.3.1.1 Se préparer pour passer à l'action

C'est un ensemble d'activités à faire avant de dérouler le plan d'action communautaire avec les communautés. Il s'agit de :

ACTION MAJEURE	OBJECTIFS
1. Réunions/rencontres communautaires d'orientation ou de lancement	Orienter/informer les différentes couches de la communauté sur le plan d'action ou le projet communautaire qui sera mis en œuvre, notamment : - Présenter et discuter des objectifs et raisons de l'action - Rassembler les attentes et les réactions des participants
2. Mise en place du groupe d'action communautaire (GAC)	Identifier des personnes ressources ayant un intérêt et du temps à consacrer aux actions
3. Elaboration du plan de travail du GAC	Définir une feuille de route consensuelle de la façon dont le GAC compte soutenir et aider la communauté à mener à bien son plan

III.3.1.1.a Réunions/rencontres communautaires d'orientation ou de lancement

Les membres de l'EPC approchent formellement la communauté et initient des réunions/rencontres pour présenter et clarifier l'action. Ces rencontres dans la communauté permettent de présenter et discuter les objectifs et la raison de l'action et également recueillir leurs attentes et réactions. Il s'agit d'encourager les acteurs locaux (*toutes les couches de la communauté*) à participer activement à l'exécution du plan d'action communautaire.

Préparation de la réunion/rencontre d'orientation communautaire

- *Organisez une réunion avec l'équipe de planification communautaire pour discuter du contenu et des dates des réunions/rencontres.*
- *Confirmez les personnes ressources à convier aux réunions/rencontres d'orientation sur le plan d'action communautaire.*
- *Familiarisez-vous avec les principales parties prenantes qui doivent être impliqués dans la réunion d'orientation pour rassembler les informations préliminaires pertinentes et anticiper certains des problèmes et questions qu'elles peuvent se poser afin de trouver des réponses appropriées pour favoriser leur mobilisation*
- *Assurez-vous que tous les participants sont informés de la réunion/rencontre avec un avis suffisant.*

- ***Prenez contact avec la communauté en tenant compte de votre contexte (Il n'y a pas de règles fixes). La prise de contact peut se faire selon :***
 - *Une approche de groupes ou de personnes, c'est-à-dire que vous identifiez un comité qui existe déjà ou une organisation communautaire ou encore une ou des personnes ressources à travers lesquelles vous pouvez accéder à la communauté et commencer à passer des messages.*
 - *Une approche par problème ou mobile où il s'agit de procéder au choix du "MOBILE" qui va pousser la communauté à l'action. A partir de ce "MOBILE", l'EPC identifie des leaders dans la communauté pour constituer un groupe (un noyau) d'action communautaire. Ces leaders sont des individus habituellement engagés, dynamiques, influents et capables de promouvoir et propager le "MOBILE". Ils sont représentatifs des différentes composantes de la communauté.*
 - *Une approche par occasion où on profite d'une situation donnée (campagne sanitaire, catastrophe, point de distribution, etc.) pour prendre contact avec la communauté.*
- ***Traduisez le but de l'action en des termes motivants pour la communauté (dans la langue locale au besoin).***
- ***Identifiez et établissez des contacts avec les personnes intéressées, aussi bien les leaders formels qu'informels de la communauté. Demandez-leur de décrire ce qu'ils peuvent faire.***
- ***Faites en sorte d'accroître le capital confiance de la communauté en étant transparent dans ses intentions, honnête et respectueux des valeurs et compétences de la communauté.***
- ***Identifiez et surmontez les obstacles à la participation.***

III.3.1.1.b Mise en place du groupe d'action communautaire (GAC)

Que vous soyez membre d'une communauté, professionnel ou bénévole auprès d'un organisme communautaire ou d'un ministère, si vous constatez que votre communauté doit faire face à un problème en particulier, vous pouvez être celui ou celle qui l'encourage à poser des gestes concrets pour résoudre ce problème.

Le GAC peut être composé exclusivement des membres de l'équipe de planification communautaire (EPC), ou il peut inclure d'autres acteurs locaux : membres d'associations/organismes communautaires ou d'autres acteurs travaillant directement avec les communautés. Il assure la responsabilité de la mise en œuvre du Plan d'Action Communautaire (PAC), avec les conseils et l'appui du groupe de travail pour la mobilisation communautaire (GTMC).

- ***Identifiez des personnes ressources de la communauté (leaders et personnes ayant un rôle reconnu dans la communauté tels que l'instituteur, l'agent de santé, l'ASC, etc.) pour être membre du GAC selon qu'elles aient exprimé un intérêt pour travailler sur l'initiative et qu'elles soient prêtes à y consacrer du temps.***
- ***Demandez aux participants volontaires prêts à appuyer l'action de décrire ce qu'ils peuvent faire.***
- ***Soutenez les structures et dispositifs déjà existants, plutôt que de mettre en place des entités parallèles ou nouvelles.***
- ***Assurez-vous qu'aucun faux espoir n'a été suscité et expliquez le but du volontariat.***
- ***Utilisez votre savoir-faire en matière de négociations pour établir une relation de respect mutuel.***

III.3.1.1.c Elaboration du plan de travail du GAC

Il s'agit d'adopter un plan de travail (*Voir modèle à l'annexe 6*) décrivant la façon dont le GAC prévoit de mobiliser les communautés autour des différentes actions à mettre en œuvre.

Ce plan de travail doit être adapté à l'évaluation de la réalité de la situation et être régulièrement réajusté en fonction des défis qui se présentent dans sa mise en œuvre. Il doit intégrer un plan de communication et de mobilisation communautaire, indispensable pour rendre la démarche visible et intégrer toutes les couches sociales.

Etablissez un calendrier indicatif du processus qui pourra être adapté au fur et à mesure que le processus avance. Les membres doivent accepter de consacrer du temps aux discussions, aux réunions d'information et de remue-méninge.

III.3.1.2 Agir ensemble

Après la phase du « Planifier ensemble », il s'agit maintenant d'« Agir ensemble » en s'assurant que les parties prenantes comprennent leurs rôles et responsabilités, et ont les connaissances et aptitudes nécessaires pour mettre en œuvre les interventions prévues.

ACTION MAJEURE	OBJECTIFS
1. Réunion de démarrage	<ul style="list-style-type: none"> - Clarifier le rôle des différentes parties prenantes dans la mise en œuvre du plan d'action communautaire - Valider le chronogramme d'intervention
2. Développement des compétences et pratiques professionnelles nécessaires à la mise en œuvre des actions	<ul style="list-style-type: none"> - Evaluer les besoins en connaissances et compétences en regard des actions majeures du plan d'action communautaire - Fournir les connaissances et compétences nécessaires à la mise en œuvre efficace des actions

III.3.1.2.a Réunion de démarrage

La confusion au sujet de quel rôle chacun est supposé jouer est une source commune de conflit entre les parties prenantes (*communautés et les organisations externes*).

A cet effet, clarifier les rôles ainsi que les attentes est important pour la mise en œuvre du Plan d'Action Communautaire (PAC).

Pendant que dans les phases précédentes, l'EPC était responsable du processus, lors de cette phase, des acteurs et groupements communautaires (*association de jeunes, femmes, coopératives, ASC, etc.*) joueront de plus en plus les rôles de mobilisateur, prestataire de services, agent de mise en œuvre, agent de liaison, formateur, partenaire de mise en œuvre, conseiller, donateur. Il est donc nécessaire que les parties prenantes s'accordent sur les rôles avant d'avancer dans la mise en œuvre de l'action.

- ***Informez la communauté, oralement et par écrit, de qui fait quoi afin de minimiser la confusion et l'inefficacité.***
- ***Résistez au désir ardent pour faire les choses à la place des communautés ou de les rendre dépendantes des intervenants extérieurs.***

III.3.1.2.b Développement des compétences et pratiques professionnelles nécessaires à la mise en œuvre des actions (phase d'autonomisation)

Evaluez les compétences des membres du GAC en communication et écoute, en mobilisation communautaire et en technique d'animation.

Cette évaluation va déboucher sur le renforcement des capacités des individus (*compétences interpersonnelles, leadership, organisationnelles, administratives et politiques*) et des groupes communautaires (*compétences de développement organisationnel et managérial, de planification, de travail en équipe et de gestion du changement*). Ce renforcement de capacités doit se faire de façon progressive de sorte à permettre aux personnes d'acquérir les connaissances qu'elles vont directement mettre en pratique.

Matrice d'évaluation des compétences

Action proposée	Connaissance/compétence	Ressources disponibles dans la	OU	NO	Comment allons-nous développer	Par qui ?	Quand ?
			I	N			

	s nécessaires	communauté			cette capacité ?		
Action tirée du plan d'action communautaire pour changer une situation	Aptitudes à avoir pour mener à bien cette action	Ressources humaines			Formation ? coaching ? Démonstration ? Etc.	La personne ressource identifiée pour donner la compétence ou connaissance	Programmation en fonction de la disponibilité de la cible
		Ressources matérielles					
		Ressources financières					
		Ressources informationnelles					

Plan de renforcement des capacités

ACTIVITES A MENER	COMPETENCES ESSENTIELLES A ACQUERIR
Communication (Information/sensibilisation de la communauté)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Connaître les notions de base sur la communication ▪ Connaître les techniques de communication (jeu de rôles, visite à domicile, causerie de groupe, négociation) ▪ Connaître les stratégies de mobilisation communautaire (Encourager les participants à partager leurs expériences de mobilisation de la communauté) ▪ Concevoir et diffuser des messages facilement compréhensibles et acceptés du public.
Suivi et évaluation des interventions	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sélectionner les indicateurs ▪ Elaborer des outils de suivi des indicateurs choisis adaptés aux besoins des utilisateurs (communautés à faible niveau d'alphabétisation) ▪ Elaborer un plan de suivi ▪ Conduire une supervision ▪ Produire des rapports de mise en œuvre des activités
Connaissances spécifiques liées à des problématiques de santé et développement	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Connaître les notions de base sur les Pratiques familiales essentielles (PFE), la Nutrition, la Prise en charge à domicile du paludisme, de la diarrhée, de l'IRA, APTC, etc.

Au cours du « Agir ensemble », les parties prenantes (membres du GAC) mettent en œuvre les activités prévues dans le PAC adopté par la communauté. Cette phase prend fin lorsque les interventions planifiées ont été réalisées avec les ressources disponibles et les rapports d'activités produits régulièrement et transmis aux responsables couvrant la zone d'intervention.

III.4 COORDINATION, SUIVI-ÉVALUATION ET CAPITALISATION D'UNE IBC

Les fonctions de coordination, de suivi-évaluation et de capitalisation se réalisent à tous les temps de l'IBC c'est à dire pendant la préparation, la mise en œuvre et la clôture de l'intervention.

Ces fonctions se superposent à l'ensemble des phases du cycle d'action communautaire, particulièrement celles relatives au « Planifier ensemble », « Agir ensemble », et « Evaluer ensemble ».

III.4.1 Modalités et procédures de coordination des IBC

La coordination des interventions à base communautaire est une activité essentielle pour une meilleure performance des interventions, c'est à dire une meilleure réponse aux problèmes et besoins des communautés. Elle garantit l'alignement, l'harmonisation, la cohérence et la complémentarité entre intervenants d'une part et d'autre part entre les partenaires techniques et financiers.

Une bonne coordination exige :

- **La mise en place de cadres (organes) de coordination** selon le niveau et en référence au décret 96-316 du 24 Avril 1996 relatif aux comités d'action sanitaire. Il s'agit de créer/redynamiser les comités national, régional, départemental, Sous-préfectoral, communal, villageois ou de quartier de coordination des interventions communautaires. Ces organes de coordination nécessaires à une meilleure réponse sont placés sous l'autorité de la plus haute personnalité de la communauté pouvant fédérer tous les secteurs d'activités concernés pour la résolution des problèmes de la communauté. Ces cadres de coordination se veulent multisectoriels pour agir efficacement sur les problèmes de la communauté. Le secrétariat de ces organes est assuré à tous les niveaux par des personnes ressources du ministère de la santé dans l'aire de délimitation de la communauté.
- **L'organisation périodique des rencontres statutaires des organes de coordination** pour valider les documents stratégiques, approuver et orienter les stratégies d'intervention, prendre toutes les décisions pour une meilleure réponse.
- **La conduite de processus de planification** afin de doter la communauté d'un seul cadre d'intervention pour tous les acteurs.
- **La conduite de processus de mobilisation de ressources** pour le financement des interventions nécessaires pour la résolution des problèmes de la communauté
- **La mise en place d'un dispositif de suivi évaluation** pour la production d'information afin de mesurer l'efficacité des projets et programmes mis en œuvre pour la résolution des problèmes de la communauté. Ce dispositif permettra de disposer d'une seule et unique information en lien avec la communauté.
- **La mise en place d'un dispositif de renforcement de capacités des acteurs** pour une meilleure appropriation des directives internationales et nationales des différents projets et programmes de santé et de développement afin d'assurer une mise en œuvre de qualité des interventions

- **La mise en place de cadre d'échange périodique avec les partenaires techniques et financiers** afin d'assurer une meilleure allocation des ressources disponibles et couvrir les gaps financiers.
- **La conduite de réflexions sur les mécanismes de pérennisation des interventions** pour une communauté plus résiliente face aux différents problèmes de développement.
- **La mise en place de mécanisme de redevabilité fonctionnel** pour renforcer la confiance et la mobilisation accrue de toutes les parties prenantes.

III.4.2 Modalités et procédures de suivi-évaluation des IBC

L'information stratégique couvre toutes les activités en relation avec la collecte, l'analyse, la production et la dissémination systématique d'informations utiles et nécessaires à une meilleure planification et mise en œuvre des programmes, en vue d'atteindre les objectifs fixés.

Le suivi-évaluation se réalise à tous les temps de l'IBC c'est à dire pendant la préparation, la mise en œuvre et la clôture de l'intervention. Il s'assure que le processus de mise en œuvre de l'IBC est respecté ; que les objectifs sont en cours de réalisation (*progrès, efficacité, ...*) ; il vérifie que l'IBC répond aux besoins de la population cible prévue (*couverture, utilisation, acceptabilité, ...*) ; et vérifie que le projet a eu les effets escomptés sur la communauté (effet / impact).

Le suivi évaluation, outil de gestion indispensable pour la prise de décision, nécessite la disponibilité de ressources adéquates (*Ressources humaines qualifiées, ressources matérielles et financières suffisantes*).

La démarche du suivi-évaluation se réalise à travers les actions suivantes :

- **Mise en place d'une équipe de suivi-évaluation** pour assurer la gestion du dispositif et produire l'information utile à la prise de décision à tous les niveaux du dispositif communautaire.
- **Elaboration d'un plan de suivi évaluation de l'IBC** sur la base d'une bonne analyse du dispositif de suivi évaluation.
- **Elaboration des outils de collecte de données** sur la base des besoins en information et des indicateurs formulés pour le suivi et évaluation de l'IBC (*Voir liste d'indicateurs de base à collecter à différents niveaux pour mesurer l'efficacité d'une IBC à l'annexe 7*).
- **Elaboration de procédures de gestion du dispositif de suivi-évaluation**
- **Réalisation de la collecte de données** à une périodicité définie de façon consensuelle par les acteurs communautaires.

- **Mise en place de dispositif de renforcement des capacités des acteurs communautaires** sur l'utilisation des outils de collecte de données et la bonne compréhension des indicateurs.
- **Mise en place d'une base de données**
- **Réalisation des opérations de traitement et analyse des données**
- **Mise en place de cadre de réflexion critique** pour analyser et exploiter les données produites
- **Mise en place de mécanismes de contrôle de la qualité des données** prenant en compte l'organisation périodique de supervision (*Confère: Guide National de la Supervision Dédinée*), de réunions de validation de données, d'évaluation routinière de la qualité des données et d'audit de la qualité de données
- **Production de rapports d'activités** en lien avec les interventions communautaires
- **Mise en place de mécanisme de diffusion de l'information** afin de rendre accessible l'information à toutes les parties prenantes
- **Sensibilisation des acteurs et décideurs** sur l'importance de l'utilisation des données et instaurer une culture de l'information
- **Mise en place d'un dispositif de feedback et traitement des plaintes** pour prendre en compte la redevabilité
- **Organisation de rencontres bilan de l'IBC** avec l'ensemble des acteurs pour faire le point des réalisations, tirer les leçons de la mise en œuvre en vue d'une amélioration des interventions
- **Réalisation des évaluations à mi-parcours et finale** pour mesurer l'impact de l'IBC sur les communautés y compris la mesure du niveau ou degré de satisfaction des communautés
- **Documentation et diffusion des bonnes pratiques et expériences de la mise en œuvre de l'IBC**

III.4.3 Modalités et procédures de capitalisation d'une IBC

La capitalisation se réalise à tous les temps de l'IBC c'est à dire pendant la préparation, la mise en œuvre et la clôture de l'intervention. Le processus de capitalisation comprend le choix de l'expérience, sa planification et sa caractérisation.

Etape 1 : Choix de l'expérience

Le choix de l'expérience se fait en équipe (*processus participatif*), sur la base de critères consensuels (*Voir modèle de critères de choix à l'annexe 8*).

Etape 2 : Planification

2a Identifier les acteurs clés et les destinataires

2b Rassembler la documentation

2c Caractériser l'expérience (*Voir les éléments de caractérisation de l'expérience à l'annexe 8*).

Etape 3 : Collecte et analyse de données de l'expérience

3a Collecter des données sur le terrain, notamment la **définition des moments clés** (*moments où des activités ont été modifiées et des outils créés pour développer la bonne pratique*) et le **recueil du vécu des acteurs** *par focus group, l'appel à témoignages, le photo langage, les outils de la MARP, les interviews, etc.*

3b Interpréter et analyser l'expérience pour en tirer les principales leçons pour le futur *au cours de réunions/atelier réunissant l'ensemble des principaux acteurs*

Etape 4 : Exploitation des résultats sous la forme **d'une fiche de capitalisation** accessible à tout public, lisible, claire, concise, utile pour la pratique de terrain, qui donne envie de s'inspirer de l'expérience, et qui, de ce fait, contribue à développer la mémoire de l'institution (*Voir format et caractéristiques de la fiche à l'annexe 8*).

III.5 IDENTIFICATION ET GESTION DES RISQUES DANS LA MISE EN ŒUVRE D'UNE IBC

La mise en œuvre des IBC pourrait être confrontée à plusieurs risques ou obstacles dont les acteurs communautaires doivent être conscients et qu'ils doivent pouvoir prévenir ou gérer.

▪ **Risques liés à l'hostilité des communautés :**

✓ Les parties prenantes au projet n'afficheront pas tous les mêmes intérêts dans la réalisation des interventions. Ainsi selon leur gradient d'intérêt, il apparaîtra que ceux des membres de la communauté qui ont la plus grande attente de la réalisation de l'intervention, démontreront un comportement très favorable au projet et resteront disposés à soutenir le développement de l'action communautaire.

A l'opposé, la frange réservée ou les réfractaires au changement ayant un intérêt contraire à la mise en œuvre de l'intervention marqueront une farouche hostilité, car il n'est pas de leur intérêt que les changements s'opèrent pour les raisons qui leur sont spécifiques.

✓ Pour mitiger/modérer/adoucir le risque lié à l'hostilité, il serait nécessaire avant la conception et la mise en œuvre de faire une analyse en profondeur des parties prenantes, et bien identifier les pouvoirs en place y compris les alliés afin de définir un plan de contingence pour les associer soit par la négociation soit par la médiation de manière à atténuer les effets liés à l'hostilité.

▪ **Risqués liés à l'appropriation des communautés**

- ✓ L'appropriation des communautés reste un levier important dans la mise en œuvre des interventions communautaires. Elle procède de l'implication et de la possession des livrables par les communautés depuis la phase de l'identification, de la conception et de la mise en œuvre jusqu'à l'évaluation finale. Les risques relatifs à l'appropriation sont le plus souvent liés à l'inclusion partielle des parties prenantes, à l'insuffisance de compréhension et d'explication des changements que le projet entend apporter aux bénéficiaires directs et indirects. Mais également, la non prise en compte des préoccupations réelle exprimée par les parties prenantes et des partenaires locaux à toutes les étapes du cycle de vie du projet.
- ✓ Pour mitiger le faible niveau d'appropriation, il importe de maintenir la communication permanente avec les bénéficiaires; partager les résultats et gains obtenus avec les parties prenantes; les solliciter et les impliquer dans les prises de décisions présentes et futures; valoriser la contribution des communautés (leaders communautaires, leaders religieux); et montrer comment leur soutien à l'intervention reste essentiel dans l'amélioration future c'est-à-dire au terme de la mise en œuvre.
- **Risques liés à la pérennisation**
- ✓ La pérennisation est la phase de transition. Elle intervient au terme de la mise en œuvre. Elle est déterminante dans la mesure où, c'est à ce niveau que les résultats obtenus et les livrables sont transférés à la communauté pour assumer elle-même, la continuité des acquis et garantir durablement les bénéfices à la communauté. Cette étape est cruciale, d'autant plus qu'elle permet de passer le témoin au bénéficiaire.
- ✓ Mitiger les faiblesses liées à la pérennisation revient à préparer cette phase transitoire avec la communauté. Ce qui suppose que les acteurs communautaires devant conduire cette transition ont été identifiés et leur capacité renforcée, tout long du cycle de la mise en œuvre afin de pouvoir porter eux-mêmes leurs destinées. A ce stade, il faut éviter la précipitation du transfert du projet à la communauté. S'assurer que les risques d'un échec de la prise en main par les communautés ont été évalués et que les mesures d'atténuation au travers des outils et des supports ont été développés pour garantir un succès de l'opération. Cette phase nécessite l'accompagnement du groupe d'action communautaire mis en place, car c'est à celui-ci que revient le pilotage de la pérennisation.

CONCLUSION

Le référentiel National de mise en œuvre des interventions à base communautaire (IBC) est le résultat des réflexions des différents acteurs (*Voir liste des participants à l'annexe 9*) à travers le partage d'informations et des connaissances, de l'interdisciplinarité et de l'intersectorialité.

Destiné aux acteurs de la santé communautaire, ce référentiel est un outil qui s'intéresse non seulement au développement des compétences individuelles et collectives mais également aux mécanismes et à l'encadrement des pratiques professionnelles. La mise en œuvre réussie d'IBC en Côte d'Ivoire exige, par conséquent, une appropriation de celui-ci par tous les acteurs impliqués et à tous les niveaux.

Une évaluation de son usage est nécessaire pour mettre en évidence non seulement les défis, mais surtout, capitaliser les expériences et bonnes pratiques.

Pour chaque acteur, le référentiel national de mise en œuvre des IBC représente un aide-mémoire pour le travail, mais aussi un outil de référence pour la supervision et les évaluations. C'est un outil décisif pour la mise en œuvre opérationnelle des interventions à base communautaire.

LISTE DES DOCUMENTS CONSULTÉS

Ouvrages

1. Caritas Côte d'Ivoire (2015). Community engagement in contributing to the fight against tuberculosis prevention, notification, and treatment: model of caritas Côte d'Ivoire
2. Caritas Côte d'Ivoire (2011). Programme d'éducation financière, Section I : Objectifs, revenus, dépenses, et budgétisation, CARITAS
3. Caritas Côte d'Ivoire (2022). Une approche de mobilisation des communautés pour la mobilisation de ressources domestiques : Modèle de Communauté d'Épargne et de Crédit Interne (CECI) et d'Éducation financière, promu par Catholic Relief Services (CRS) et Caritas Côte d'Ivoire
4. Carol Hooks (2011). Guide pour travailler avec les groupes communautaires, adaptés de Go Communities! A Manual for Mobilizing Communities to Take Action to Reduce Girls' Vulnerability to HIV/AIDS ("Go Communities," 2011)
5. Community Health Impact Coalition / Coalition pour l'impact sur la santé de la communauté (2018). Matrice d'évaluation et d'amélioration de la performance des agents de santé communautaires (MEAP ASC)
6. Fédération des maisons médicales Santé Communauté Participation (SACOPAR), Centre local de promotion de la santé de Charleroi-Thuin (CLPSCT). (2013). Action communautaire en santé, un outil pour la pratique
7. Ministère de la Promotion de la Jeunesse, de l'Insertion Professionnelle et du Service Civique, Office du Service Civique National / OSCN (2016). Programme National de Volontariat en Côte d'Ivoire
8. Ministère de la santé de la République de Guinée, Direction nationale de la santé communautaire et de la médecine traditionnelle (DNSCMT) (2019). Guide harmonisé de mise en œuvre des interventions de santé communautaire
9. Ministère de la Santé, de l'Hygiène Publique et de la Couverture Maladie Universelle, Direction de la Santé Communautaire (2021). Politique nationale de santé communautaire
10. Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique, DPPS (2020). Plan national de développement sanitaire 2021-2025
11. Ministère de la santé et de l'hygiène publique, DSC (2015), Cadre national de mise en œuvre des interventions à base communautaire
12. Ministère de la santé et de l'hygiène publique, DSC (2017), Méthodologie du Cycle d'Action Communautaire : manuel du participant.
13. Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique, DSC, (2017). Plan stratégique national de la santé communautaire 2017-2021
14. Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique, DSC, (2020). Revue à mi-parcours du plan stratégique national de la santé communautaire 2017-2021
15. Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique, Programme National de Lutte contre le Sida (2014). Référentiel national de la prise en charge des personnes vivant avec le VIH niveau des structures de santé

16. Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique, Programme National de Lutte contre le Sida (2014). Référentiel national de la prise en charge des personnes vivant avec le VIH niveau i : structures communautaires
17. Odile Balizet, (2014). Guide opérationnel de capitalisation et de partage des expériences des Caritas impliquées dans le programme « Dynamiser les sociétés civiles africaines via le renforcement des associations Caritas » dit A2PDIRO
18. Possible, Cecille Joan Avila/Partners in Health, Muso (2018). Expertise de praticien pour optimiser les systèmes de santé communautaires
19. Royaume du Maroc, Ministère de la Santé (Octobre 2013). Guide sur la participation communautaire en santé

Rapports et Articles

20. Croix Rouge de Côte d'Ivoire (2021). Rapport annuel 2020
21. Mark T. Buntaine and Brigham Daniels (2020). Combining bottom-up monitoring and top-down accountability: A field experiment on managing corruption in Uganda. <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/2053168020934350>
22. Ministère de la Santé, de l'Hygiène Publique et de la Couverture Maladie Universelle, Direction de la Santé Communautaire (2021). Rapport de l'analyse de la situation de la santé communautaire (dans le cadre de l'élaboration de la Politique Nationale de Santé Communautaire de Côte d'Ivoire)
23. Ministère de la Santé, de l'Hygiène Publique et de la Couverture Maladie Universelle, Direction de la Santé Communautaire (2021). Rapport synthèse des réflexions sur l'organisation des interventions communautaires en Côte d'Ivoire
24. OMS (1978). Les Soins de santé primaires, Rapport de la Conférence Internationale sur les Soins de Santé Primaires, Alma-Ata
25. OMS (2017). Programmes d'agents de santé communautaire dans la région africaine de l'OMS : Données factuelles et options – Note d'orientation
26. UNICEF (2019). Rapport d'analyse, Politiques et programmes de santé communautaire en Afrique de l'ouest et du centre

DEFINITION DES CONCEPTS/GLOSSAIRE

Santé

Selon l'OMS, c'est un état complet de bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité.

Santé publique

La santé publique est la science et l'art de prévenir les maladies, de prolonger la vie et d'améliorer la santé physique et mentale à un niveau individuel et collectif. Le champ d'action de la santé publique inclut tous les systèmes de promotion de la santé, de prévention des maladies, de lutte contre la maladie (médecine et soins et de réadaptation).

La santé publique laisse la décision aux seuls professionnels de santé (ou aux responsables politiques). Elle apparaît comme un objectif de gouvernement, d'horizon, voire d'administration imposée « par en haut » (approche « top down » des Anglo-Saxons), comptabilisable, mesurable.

Communauté

C'est un groupe de personnes qui vivent souvent dans une zone géographique bien définie, partageant une culture, des valeurs et des normes, et ont une place dans une structure sociale qui est conforme à des relations que la communauté a créées au cours d'une certaine période. Les membres d'une communauté acquièrent leur identité personnelle et sociale en partageant des convictions, des valeurs et des normes qui ont été conçues par la communauté dans le passé et pourront évoluer à l'avenir. Ils sont, dans une certaine mesure, conscients de leur identité de groupe, ont des besoins communs et souhaitent les satisfaire⁶.

Santé communautaire

La santé communautaire est un domaine de la santé publique qui implique une réelle participation de la communauté à l'amélioration de sa santé par la réflexion sur les besoins et les priorités, la mise en place, la gestion et l'évaluation des activités. Il y a santé communautaire quand les membres d'une collectivité, géographique ou sociale, réfléchissent en commun sur leurs problèmes de santé, expriment des besoins prioritaires et participent activement à la mise en place et au déroulement des activités les plus aptes à répondre à ces priorités⁷.

Participation communautaire

C'est l'engagement actif de la population locale dans les décisions concernant les projets de développement y compris les programmes de santé et leur exécution. Elle contribue à l'appropriation du projet/programme ou de l'activité.

C'est un processus par lequel le système de santé amène les individus et les familles à prendre en charge leur propre santé et leur bien être comme ceux de la communauté à renforcer leur capacité à concourir à leur propre développement comme celui de la communauté.

C'est un processus social dans lequel des groupes liés par des intérêts et valeurs communs et vivant dans une zone de proximité s'emploient activement à définir leurs besoins, décident d'y apporter une réponse et se dotent des mécanismes destinés à les satisfaire.

Interventions à Base Communautaire (IBC)

Il s'agit d'un ensemble d'actions de promotion de la santé, de prévention et de prise en charge des malades, mises en œuvre au sein des communautés avec la participation des communautés.

Activités à Base Communautaire (ABC)

Ce sont des actions à entreprendre dans le cadre de la mise en œuvre d'une activité notamment les tâches concrètes à réaliser au niveau de la communauté comme le dépistage, le traitement, la distribution des produits pour la prévention et les activités promotionnelles de santé.

⁶ OMS 1999. Glossaire de la promotion de la santé, Genève, 25 p.

⁷ Manciaux, M et Deschamps J-P, la santé de la mère et de l'enfant, Flammarion médecine science 1978 p31

Intégration des interventions

C'est la mise en commun des ressources humaines, techniques, matérielles et financières pour la mise en œuvre de deux ou plusieurs interventions ou programmes.

C'est le fait pour un ASC de mettre en œuvre un paquet d'activités qui inclut tous les programmes de santé (exemple : utilisation des ASC qui assurent le Traitement à Ivermectine sous Directives Communautaires (TIDC), pour la prise en charge du paludisme, la distribution des moustiquaires imprégnées, la supplémentation en Vitamine A, le déparasitage, l'administration de l'albendazole et de l'ivermectine dans les zones endémiques de la filariose lymphatique).

Le but de l'intégration est d'accroître l'efficacité dans l'utilisation des ressources disponibles, l'efficacité dans l'atteinte des objectifs et de coordonner la participation des partenaires afin de réduire la morbidité et la mortalité au sein des communautés.

Acteurs de la santé communautaire

Il s'agit de tous ceux qui jouent un rôle dans la réalisation d'une intervention ou d'une activité pour l'atteinte d'un résultat ou d'un objectif de santé communautaire.

Ils existent trois types d'acteurs représentant les trois pôles du processus participatif. Il s'agit des habitants (membres de la communauté), des professionnels de tous les secteurs (santé, agriculture, éducation, etc.) et des institutionnels (décideurs, partenaires techniques et financiers, etc.).

Professionnel de santé

Il s'agit d'une personne ayant suivi avec succès des formations initiales en médecine, en pharmacie, en para-médecine ou en parapharmacie. En outre, elle est titulaire d'une nomination signée par une autorité compétente de l'organisme employeur.

Groupe d'action communautaire (GAC)

Il représente un ensemble d'acteurs communautaires (membres d'associations/organismes communautaires ou d'autres acteurs travaillant directement avec les communautés), mis en place par la communauté (par exemple : le village, le quartier, l'association de lutte contre le diabète, l'association de personnes vivant avec un handicap, etc.) pour mener une action donnée (sensibilisation des bénéficiaires, collecte de données et information sur les membres de l'association, prise en charge des membres ou des bénéficiaires, etc.). Les membres de ce groupe doivent être des personnes ressources qui ont un intérêt et du temps à consacrer aux actions à mener

Diagnostic Communautaire (DC)

Le diagnostic communautaire est un instrument visant à modifier des situations problématiques, à concevoir et à conduire un processus de changement. C'est un processus multi-institutionnel ; multidisciplinaire et dynamique. C'est une approche indispensable à la résolution des problèmes de santé avec l'implication des communautés concernées qui deviennent objet et sujet. Le diagnostic communautaire permet de (i) Initier l'action, (ii) Éclairer l'action, (iii) Prévoir l'évaluation, et (iv) Interroger la communauté. Il repose sur les quatre éléments suivants : les besoins et les problèmes, l'identification des ressources, les déterminants de la santé et les valeurs culturelles et de représentations.

Plan d'Action Communautaire (PAC)

Le plan d'action communautaire résulte de l'analyse des problèmes issus du diagnostic communautaire. Il doit rester souple, permettre aux acteurs de réorienter l'action en fonction d'événements non prévus, de nouveaux obstacles, de nouvelles ressources,

Agents de Santé Communautaire (ASC)

Il s'agit d'un homme ou d'une femme volontaire, sélectionné (e) dans et par sa communauté selon des critères précis, formé (e) pour offrir un certain nombre de services préventifs, promotionnels, curatifs de base et de soutien sous l'encadrement technique du personnel de santé. Il est chargé de sensibiliser la communauté sur les questions de santé et d'effectuer certaines prestations au niveau communautaire. Cette définition prend en compte les éducateurs de pairs et les conseillers communautaires.

Relais communautaires

Il s'agit de toute entité, issue d'une communauté qui par son expérience, sert d'appui au système de santé dans cette communauté pour la mise en œuvre des interventions communautaires. Il peut s'agir d'une mère à qui l'on a appris à prendre en charge son enfant et qui en plus peut sensibiliser ses consœurs ; d'un éducateur de pair, d'un chef religieux ou de tout autre leader d'opinion, d'un groupement/association de femmes, de membres des Comités Villageois de Développement (CVD) et de Comité de Développement de Quartier (CDQ), de Comités de Santé, de Comités de Gestion (COGES) des établissements de santé, de praticiens de médecine traditionnelle préalablement sensibilisés ou formés à cet effet.

Praticiens de la Médecine Traditionnelle (PMT)

Personne reconnue par la communauté dans laquelle elle vit, comme compétente pour diagnostiquer des maladies et invalidités et dispenser des soins de santé grâce à des traitements spirituels, des techniques manuelles et des exercices et/ou l'emploi de substances d'origine végétale et ou animale.

Bénévolat

Situation d'une personne qui accomplit un travail gratuitement et sans y être obligée.

Volontariat

Etat de toute personne qui offre ses services par simple dévouement. Ne perçoit pas de rémunération mais une indemnité de subsistance.

Approches de santé communautaire

C'est un ensemble de stratégies utilisé pour identifier les problèmes, élaborer, mettre en œuvre et évaluer des programmes de santé avec la participation active des populations.

Promotion de la santé :

La promotion de la santé est le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé, et d'améliorer celle-ci. De cette définition découlent des stratégies qui dépassent les actions d'éducation pour la santé, entre autres, l'élaboration de politique publique saine et la création de milieux favorables.

Comité de santé

C'est l'organe de liaison entre la structure sanitaire (centre de santé) et les populations. Il a le même ressort territorial que les zones opérationnelles des formations sanitaires ou des districts sanitaires.

Comité de Gestion (COGES)

Il est mis en place conformément au décret 93-218 du 3 février 1993 fixant les règles de gestion des formations sanitaires rurales et du décret 94-302 du 01 juin 1994 fixant les modalités de recouvrement de la redevance perçue auprès des usagers des établissements sanitaires publics. Il est chargé de délibérer sur le projet de budget et les comptes, sur l'activité sanitaire, sur les réparations et l'action sociale des centres de santé. Il existe un comité de gestion pour chaque centre de santé qu'il soit urbain ou rural.

Assainissement total piloté par la communauté

C'est une approche qui vise à enrayer la défécation à l'air libre en améliorant la couverture de l'assainissement en milieu rural et péri-urbain. Elle cherche principalement à provoquer un changement dans le comportement sanitaire plutôt qu'à construire des toilettes. Cette approche

s'opère à travers un processus de communication sociale stimulé par des facilitateurs à l'intérieur et à l'extérieur de la communauté, se concentre sur les comportements de la communauté entière plutôt que sur les individus.

Hygiène

L'OMS définit l'hygiène comme étant les conditions et les pratiques qui contribuent à préserver la santé et à éviter la propagation des maladies. Selon la stratégie nationale de promotion de l'Hygiène, elle est considérée comme « l'ensemble des mesures simples, pratiques, peu coûteuses, acceptables pour les bénéficiaires, réalistes et facilement réalisables par eux et permettant ainsi d'améliorer leur cadre de vie et leur santé ».

Leader naturel⁸

C'est une personne qui se démarque et assume un leadership au cours des processus d'assainissement total piloté par la communauté (ATPC). Les hommes, les femmes, les jeunes et les enfants peuvent tous être des Leaders naturels, devenir des consultants communautaires, pouvant encourager et soutenir leurs communautés

Normes sociales

Cette sous-catégorie se réfère aux règles sociales des comportements qui sont largement utilisés au sein de la société. Bien que celles-ci varient d'un contexte à l'autre, il est essentiel d'identifier les normes sociales qui engendrent des discriminations ou de l'exclusion et qui peuvent être communes à différents contextes. Il est primordial de s'attaquer à ces normes sociales pour garantir l'application des droits de l'enfant, pour changer les comportements et les pratiques qui empêchent la pleine application de ces droits ou qui gênent le développement d'une demande pour les services.

Législation/Politiques

Il s'agit de l'existence et de la mise en œuvre des lois et des politiques à différents niveaux de la société. Dans chaque pays, nous devons concentrer notre suivi sur les questions d'ordre juridique et sur les politiques qui promeuvent ou gênent nos objectifs. Dans certains cas, la législation nationale peut être un facteur déterminant; dans d'autres cas, le cadre des politiques infranationales peut être un goulot d'étranglement crucial.

Assainissement

Ensemble des techniques d'évacuation et de traitement des eaux usées et des boues résiduaire

Soins palliatifs

Les soins palliatifs sont une approche qui permet d'améliorer la qualité de vie des patients et de leurs familles, confrontés aux problèmes liés à la maladie qui menace leur vie. Les soins palliatifs commencent depuis le diagnostic de la maladie jusqu'au décès et même après. Les soins palliatifs comportent (1) des soins physiques (prise en charge de la douleur par exemple) ; (2) un soutien psychologique qui vise à soulager le malade et sa famille du retentissement de la maladie sur leur moral et leur psychisme ; (3) un soutien social (par exemple : aide vestimentaire, assistance alimentaire et nutritionnelle, aide financière, etc.) ; (4) un soutien spirituel qui prend en compte les problèmes d'ordre existentiel et d'ordre religieux; et (5) un soutien aux soignants.

⁸ Manuel de procédure de mise en œuvre de l'ATPC en Côte d'Ivoire (2015)

ANNEXES

Annexe-1 : Canevas modèle de PV de sélection des membres du GAC

PROCES VERBAL DE SELECTION DES MEMBRES DU GAC

Il s'est tenu en date du 24 Juin 2020, à Massedougou Sous-préfecture de KOONAN, une réunion de sélection des membres du Groupe d'Action Communautaire (GAC) du projet intitulé « Projet Multisectoriel de Nutrition et de Développement de la Petite Enfance (PMNDPE) ».

La réunion était présidée par le chef du village, par ailleurs président du Comité Villageois de Développement (CVD).

Étaient également présents à cette rencontre, les autres membres du Comité de sélection composé des représentants (i) du CVD, (ii) des communautés socio-culturelles du village et (iii) des représentants des autres parties prenantes : Bailleur du projet, Agence d'exécution du projet, Ministères/directions techniques ministérielles centrales ou déconcentrées/ Programmes nationaux intervenant dans la santé communautaire.

La liste des participants est jointe en annexe.

L'ordre du jour de la réunion a porté sur les quatre points suivants :

- Information sur le rôle des membres du GAC
- Choix des membres du GAC par le comité de sélection
- Mise en place du GAC
- Questions diverses

1. Information sur le rôle des membres du GAC

Le rôle du GAC est d'être en contact avec la population pour mener des activités préventives, curatives et promotionnelles de santé au sein de leur communauté. Les membres de ce groupe doivent être des personnes ressources formées qui ont un intérêt et du temps à consacrer aux actions à mener. Le GAC est composé de 7 à 15 personnes en fonction de la taille du village. Le GAC est chargé également de faire des rapports périodiques de ses activités au CVD. Le GAC est placé sous la responsabilité du CVD.

2. Le choix des membres du GAC par le Comité de sélection

Après une explication des critères de sélection des membres FRANC. Le comité de sélection a procédé au choix des membres du GAC de la localité sur la base des critères suivants :

- i. Être membre de la communauté
- ii. Être volontaire
- iii. Avoir la capacité de rendre compte
- iv. Être disponible

3. La mise en place du GAC

Le GAC mis en place est composé de 10 personnes. Leurs rôles et responsabilités ont été rappelés publiquement par le comité de sélection qui leur a également prodigué des conseils. Ainsi, les représentants de l'Agence d'exécution du projet, des Ministères/directions techniques/Programmes de santé ont tenu à préciser que les membres du GAC doivent accomplir leurs activités à titre bénévole, et que le projet est fait dans leur intérêt ainsi que pour toute la communauté. Ils leur ont également rappelé les objectifs et les cibles du projet à savoir les enfants de 0 à 5 ans, les femmes enceintes, les femmes allaitantes, les femmes en âge de procréer.

Les membres du GAC ont été enfin présentés officiellement par le chef du village à la communauté

4. Questions diverses

Tous les points de l'ordre du jour ayant été épuisés, la réunion a pris fin et la séance fut levée par le Président du CVD.

Fait à Koonan, le 26/06/2020

Le secrétaire du CVD

Annexe-2 : Guide d'évaluation de la communauté

LOCALISATION

Région/Département/ :
District sanitaire :
Village/Quartier :

Description territoriale

1. Accès (Explorez les différentes voies d'accès au village/quartier)

Libellé de l'indicateur	Nombre	Source (D'où tirez-vous l'information)
Accès principal par goudron		
Accès principal par piste		

	Nom	Distance en Km
Localité de référence la plus proche		
Chef lieu de département/sous-préfecture		

2. Type d'habitat

Indicateurs	Pourcentage	Source (D'où tirez-vous l'information)
Maisons en dure		
Maisons semi-dure		
Maisons en banco		
Autres		

Données sociodémographiques

3. Population

Libellé de l'indicateur	Indicateur	Source (D'où tirez-vous l'information)
Population totale estimée de la localité		
Nombre estimé de ménages		
Taille moyenne des ménages	_____ personnes	
Nombre d'enfant de moins de 5 ans		

Nombre de personne âgé de plus de 50 ans		
Personnes souffrant de maladies graves/ chroniques		
Personnes handicapées (à mobilité réduite, affaiblissement des sens de la vue, de l'ouïe, du goût et du toucher,)		
Autres groupes vulnérables (prière de spécifier)		

4. Composition sociolinguistique (*Listez par ordre d'importance numérique*)

Groupe sociolinguistique	Langue parlée	Pourcentage	Source (<i>D'où tirez-vous l'information</i>)

5. Religion

Religion dominante	Autorité religieuse	Pourcentage	Source
• Autres religions • -			

6. Economie locale

Activités	Pourcentage d'emploi de la population cible	Prépondérance population active dans le secteur (F/H)	Présence d'enfants?			Source
			Forte	Faible	Aucune	

Listez les activités par ordre d'importance :
Industrie (spécifier le type) ; Cultures vivrières ; Cultures d'exportation ; Elevage (spécifier) ; Commerce ;

7. Pouvoir local

Libellé de l'indicateur		Nombre	Source
Pouvoir politique	Elus		
	Chef de quartier		
Pouvoir économique	Entreprises		
	Propriétaires de terres		
	Commerçants		
Pouvoir traditionnel	Chef de village		
	Chef de communauté		
	Autre forme de pouvoir traditionnel (préciser)		
Pouvoir religieux	Préciser		

8. Flux migratoire

Venant de (provenance)	Causes estimées	Nbre estimé de personne/an	Source
Partant vers	Causes estimées	Nbre estimé de personne/an	Source
Solde migratoire : Positif (oui)		Négatif (oui)	

9. Foncier⁹

Type	Pourcentage	Source

⁹ **Propriété** : Droit par lequel une personne possède une terre, le plus souvent de façon coutumière et s'en prévaut.

Cession : Acte par lequel une terre est acquise en vue d'en disposer définitivement. Elle peut être gratuite ou vendue/achetée

Métayage : Mode d'exploitation agricole. Le propriétaire donne à louer son domaine à un exploitant qui lui donne en retour une partie des fruits (entendons la moisson) quelle que soit la production.

Tiers /partage : Participer aux semailles et tous travaux champêtres y afférant, soit avec le propriétaire soit sans lui et se partager les récoltes au tiers : soit 1/3, soit 2/3 pour le propriétaire de la parcelle ou des autres acteurs.

Usufruit : Droit provisoire qui donne au titulaire (c'est-à-dire l'exploitant) l'usage d'un bien qui ne lui appartient pas, toutefois en conservant la substance et la destination.

Propriété		
Cession		
Métayage		
Tiers/partage		
Usufruit		

Cartographie des équipements et services sociaux

10. Etat civil

Libellé de l'indicateur	Oui	Non	Source
Centre d'état civil principal			
Centre d'état civil secondaire			

11. Structures de santé existant dans la localité

Indicateurs	Nombre	Distance du centre le plus proche (Km)	Source (D'où tirez-vous l'information)
Case de santé			
Centre de santé			
Maternité			
Hopital			
Pharmacie de santé publique (au sein de l'hôpital)			
Pharmacie privée			
Dépôt de médicaments			
Clinique/infirmierie privée			

Primaire (CP1, au CM2)									
Collège (5 ^e à la 3 ^e)									
Lycée (2 nd à la 1 ^{re})									
Formation professionnelle									
TOTAL									

b. Secteur privé

Indicateur	Nbre d'établissement	Nbre d'enseignants	Nbre d'élèves		Cantine		Latrine		Source
			Fille	Garçon	Oui	Non	Oui	Non	
Jardin d'enfants									
Primaire (CP1, au CM2)									
Collège (5 ^e à la 3 ^e)									
Lycée (2 nd à la 1 ^{re})									
Formation professionnelle									
TOTAL									

16. Services sociaux existant dans la localité

Indicateurs	Nombre	Distance du centre le plus proche	Source
Centre social			
Centre de protection de la petite enfance (CPPE)			
Complexe socio-éducatif			
Institut de formation féminine			
Pouponnière publique			
Pouponnière privée			
Orphelinat public			
Orphelinat privé			
Centre d'accueil (foyer, centre de transit)			
Centre éducation non formelle			
Œuvres sociales confessionnelles			
ONG			

Autres (spécifier)			
--------------------	--	--	--

17. Équipement de sport, loisirs et autres

Indicateurs	Nombre	Source
Terrain de sport		
Centre récréatif		
Centre culturel		
Centre d'apprentissage artisanal		

18. Autres équipements

Indicateurs	Nombre	Source
Discothèque		
Marché		
Gare routière		
Maquis		
Bars		
Centre artisanal		

19. Vie associative

Indicateurs	Nombre	Source
Coopératives		
Mutuelles		
Caisse d'épargne		
Associations communautaires		
Associations de jeunes		
Associations de femmes		
Associations religieuses		
Autres associations		

20. Accès à l'information

Indicateurs	Tous	Majorité	Minorité	Personne	Source
Accès à la télévision					
Accès à la radio					
Accès à la presse écrite					
Accès à internet					
Griot					

Contexte Socio-culturel

- Comment est organisée la communauté? (classes sociales, groupes ethniques les langues parlées, les religions, les âges). Quels sont les organisations et les groupes traditionnels?
- Quels sont leurs rôles et fonctions? Qui leur appartient ? Qu'est-ce qui les lie les uns aux autres?
- Qui est en bonne santé? Qui est pauvre? Comment le savez-vous?
- Comment est-ce que la terre est attribuée?
- Comment est-ce que les gens se soutiennent et comment supportent-ils leurs familles?
- Les données peuvent être collectées à travers des interviews avec des informateurs/trices clés comme les données primaires. Alternativement, les données secondaires du pays, aussi bien que la recherche de l'agence inter gouvernementale peut s'avérer utile.

Les Politiques, les leaders, les organisations

- Quelle est la structure organisationnelle traditionnelle de la communauté ? Qui en est le leader?
- Quels groupes participent à la prise de décision?
- Quels sont les leaders communautaires officiels?
- Qui sont les leaders informels/traditionnels ?
- Comment est-ce que les décisions communautaires sont prises? Qui y a participé ?
- Comment est-ce que le leadership officiel est transféré?
- Quels liens est-ce que la communauté a avec les systèmes politiques en dehors de la communauté? (ex : représentation dans le conseil communal, le conseil de cercle ou l'assemblée régionale) ?
- Est-ce que la communauté est considérée comme étant un domaine de "priorité" de l'état. Ou est-ce que la communauté est relativement abandonnée avec peu de capital politique ?
- Quels groupes et quels leaders sont les plus forts et/ou ont le plus grand soutien de la majorité de la communauté?

Histoire

- Quand est-ce que la communauté a été établie? Par qui? Pourquoi?
- Quelle est l'histoire de l'action collective par la communauté?
- Est-ce que la communauté a jamais travaillé collectivement sur des questions de santé et d'éducation?
- Quels problèmes? Quels ont été les résultats?
- Quel est le niveau de capacité/compétences (toute participation ou expérience par rapport à l'évaluation, la planification, le suivi/évaluation, la prise de décision) ?

Economie

- Quelle est la situation économique actuelle dans le pays, dans la région, dans la communauté (ex: inflation élevée, chômage, fréquentes sécheresses/ famine)?
- Quel est le revenu moyen des familles dans la communauté?
- Comment est-ce que la plupart des familles se soutiennent ?
- Quel est le pourcentage de familles considérées comme pauvres?
- Quel est le niveau de l'aide extérieure?

Systemes Educatif et de Santé

- Comment est organisé le système éducatif ?
- Comment est organisé le système de santé?
- Comment marche le financement du soin de santé dans cet endroit?
- Quel rôle joue la médecine traditionnelle?
- Quelle est la couverture et l'utilisation des services de santé publics/privés/traditionnels ?
- Quels sont les défis les plus significatifs auxquels font face les systèmes de santé et d'éducation?
- Quelles sont les forces/faiblesses du système de santé ou d'éducation?
- Comment est la qualité des soins de santé ou de l'enseignement ? De quelle perspective ?

Rôles/Relations de genre

- Quels sont les rôles traditionnels des hommes/garçons et des femmes/filles?
- Quelle proportion de filles est directement affectée par la question? Garçons ?
- Qui a accès à quoi ? (ex : les informations, les services, les ressources) ?
- Quelles sont les relations de pouvoir entre les sexes?

Profil de la Communauté – Interview

Ce questionnaire peut être utilisé avec les leaders communautaires et d'autres informateurs clés qui sont bien informés sur la communauté et/ou le zone géographique. Vous pourriez vouloir ajouter où et quand ces interviews ont eu lieu ; quelle communauté ; qui était l'enquêteur ; et l'interviewé (nom, information de contact).

1. Pour combien d'années avez vécu dans cette communauté?
2. Quel est votre rôle actuel dans la communauté?
3. Quelle est la population de la communauté?, Comment est organisée la communauté? Quelles sont les structures traditionnelles, gouvernementales ou sociales? Lesquels groupes communautaires existent-ils ? Quels sont les liens entre ces groupes ?
4. Qui sont les leaders formels et informels? Comment sont-ils choisis?
5. Qu'est-ce que vous voyez comme étant les priorités les plus importantes de cette communauté ?
6. Qu'est-ce que la communauté fait pour prendre en charge ces domaines de priorité ?
7. Selon vous, quelles sont les plus grandes forces de la communauté?
8. Quels sont les plus grands défis auxquels vous faites face en tant que leader/membre de cette communauté ?
9. Comment sont prises les décisions dans la communauté à propos des priorités et comment sont attribués les domaines de ressources (financières et humaines) ?
10. Quels sont les problèmes majeurs de santé pour la jeunesse et/ou les problèmes d'éducation ? (dépendant du secteur des programmes essentiels)
11. Est-ce que les groupes ou organisations communautaires ont jamais travaillé ensemble sur ces problèmes? Oui? Non? Si oui, quels problèmes? Quels groupes? Qu'est-ce qu'ils ont fait? Quels ont été les résultats de ces efforts?
12. Nous sommes intéressés à travailler dans les communautés sur _____. Pensez vous que cette communauté serait intéressée à explorer cette question avec nous ? Pourquoi? Pourquoi pas?
13. Si nous devons travailler avec cette communauté sur cette question, avec qui devons-nous travailler? Lesquels individus ou groupes ou organisations seraient important à inclure dans cet effort ?
14. Comment devrions nous approcher ces individus et groupes? Qu'est-ce que nous devons faire pour commencer à discuter ce programme avec eux ?

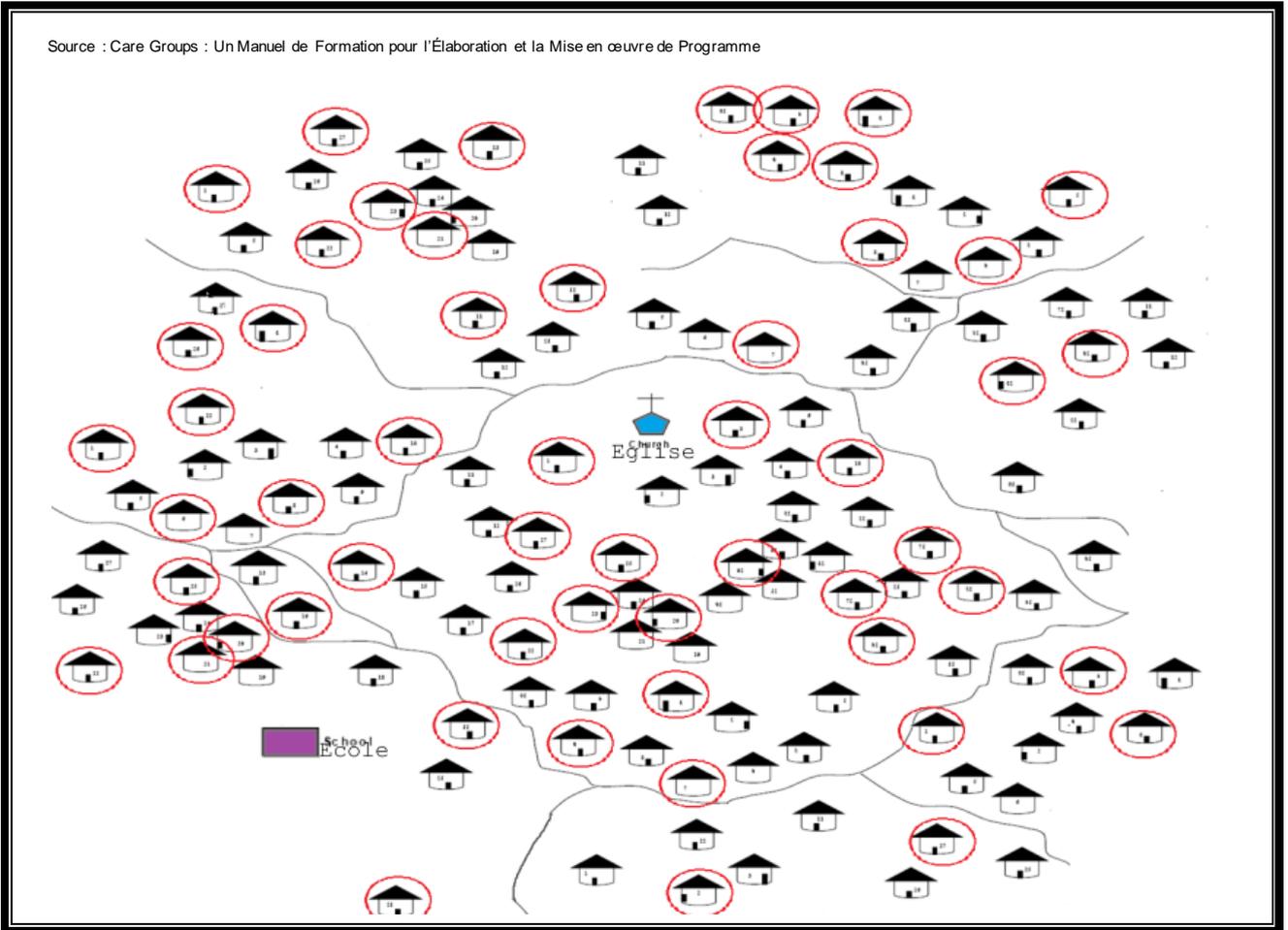
16. Qu'est-ce qui est important à savoir sur cette communauté au moment de commencer à élaborer le programme de mobilisation communautaire?

Comprendre Qui est Affecté et Pourquoi?

1. Qui est le plus affecté par cette question qui nous préoccupe?
2. Combien de personnes sont directement affectées? Indirectement ? Ceci doit être déterminé dans le contexte et comment vous définissez l'étendue de la couverture de vos efforts : une communauté ? plusieurs communautés ? un cercle ? Une région du pays?
3. Où vivent-ils? Est-ce que les gens qui sont le plus affectés par la question vivent ensemble ? Sont-ils proches de la source du problème? (par exemple, une source d'eau contaminée). Est-ce que la santé et les autres services sont disponibles auprès de là où ils vivent? Est-ce qu'ils sont difficiles à localiser parce qu'ils ne sont pas dans une zone géographique mais forment une communauté basée sur les autres caractéristiques ?
4. Quelles sont leurs caractéristiques sociogéographiques? Est-ce que les gens qui sont les plus affectés par la question partagent des caractéristiques similaires (âge, sexe, niveaux de revenus, les groupes ethniques, la langue, etc.) ?
5. Pourquoi ces gens sont les plus affectés? Ceci est une question importante à investiguer et analyser à partir d'une variété de perspectives. Votre équipe peut vouloir explorer les aspects de conditions de santé qui rendent certaines personnes plus probables à être affectées (facteurs de risque et/ou pratiques spécifiques, etc.). Ont-ils un accès limité aux informations, aux services et aux ressources à cause de la discrimination, de l'isolement géographique/ sociale/culturelle et beaucoup d'autres facteurs ? Dans quelle mesure décident-ils ce qu'ils font ou d'autres décident pour eux ? Qui influence leurs décisions et pratiques au niveau des ménages?
6. Quelles sont les croyances et les pratiques actuelles par rapport à cette question? Qu'est-ce que vous savez des croyances et des pratiques de cette communauté par rapport au problème? Qui décide et/ou influence ce qui doit être fait et comment au niveau communautaire? Comment savez-vous cette information? Qu'est-ce que vous ne savez pas? Dans le doute, il est toujours préférable d'admettre que vous ne savez pas. En effet, il est mieux d'être humble, et ouvert pour explorer d'autres perspectives. Les communautés ne sont pas homogènes et la connaissance et les pratiques varient selon les membres. Ce type d'informations peut être obtenu à travers des études "Connaissance, Aptitudes, et Pratiques ou Comportement", des études anthropologiques, la recherche participative, et d'autres moyens. Chaque méthode a ses forces et ses faiblesses et vous devez en être conscient pour collecter vos informations si vous pouvez trouver une petite information existante, vous auriez besoin d'élaborer un processus plus complet pour explorer ce domaine.
7. Est-ce qu'ils sont organisés autour de cette problématique ou une autre problématique? Comment? Y a-t-il une histoire de mobilisation dans le passé ?
8. Quel est le niveau de capacité/compétences (toute participation/l'expérience par rapport à l'évaluation collective, la planification, l'action, le suivi/évaluation, la prise de décision, la négociation, etc.)
9. Comment ces gens plus affectés par la problématique interagissent avec le reste de la communauté? Avec les décideurs? Ont-ils accès aux ressources? Comment ont-ils géré les ressources dans le passé?

Annexe 3 : Modèle carte des ressources communautaires

Source : Care Groups : Un Manuel de Formation pour l'Élaboration et la Mise en œuvre de Programme



Annexe 4 : Glossaire des méthodes de facilitation

Brainstorming: générer des idées dans un groupe en obtenant des contributions rapides sans commentaire ou opinion.

Etude de cas: examen du compte fictif ou vrai de quelque chose.

Liste de Vérification: sélection des éléments à partir d'une liste préparée.

Contrat: accepter d'adopter un comportement futur et inviter un/une camarade participant(e) à suivre ce contrat.

Exercice Créatif: engageant les participant(e)s dans une activité qui fait appel à une réflexion originale ou innovatrice.

Débat: assignant aux participant(e)s de prendre des positions "pour" ou "contre" afin de stimuler la discussion.

Démonstration: montrer aux participant(e)s à quoi ressemble un concept, une procédure, ou une compétence en action.

Discussion dyadique: exiger aux participant(e)s en groupes de deux de tenir une brève conversation.

Exercice Expérientiel: Conception d'une activité qui illustre dramatiquement le contenu de la formation en permettant aux participant(e)s de la vivre.

Feedback: exiger des participant(e)s à donner les un(e)s aux autres leurs réactions par rapport au comportement de l'autre.

Fishbowl: configurer le groupe en demandant à une portion des membres du groupe de former un cercle d'écoute autour du cercle de discussion (comme s'ils regardaient dans un bol de poissons!).

Jeu: utilisation de formats de programmes de quiz ou une activité de jeu afin d'expérimenter ou de réviser le matériel de formation.

Discussion de groupe: conduire un échange d'idées avec le groupe entier capable d'y participer.

Enquête de groupe: inviter des participant(e)s à poser des questions au formateur/trice sur le contenu du sujet après la présentation du matériel intéressant de formation.

L'enseignement guidé: formatage de la connaissance du/de la formateur/trice et l'approche d'enseignement en tirant le savoir des participant(e)s par rapport au sujet.

Brise glace: aider les participant(e)s à faire connaissance ou à être immédiatement impliqué(e) dans le programme de formation en utilisant un exercice ou un jeu structuré.

¹³Silberman, M. L. (1997). Twenty Active Training Programs, Volume III. San Diego: Pfeiffer & Co.

La Recherche d'Informations: Amener les participant(e)s à chercher des informations dans une source de matériels ou dans les fiches de formation à distribuer.

Interview: inviter les participant(e)s à se poser des questions les un(e)s aux autres.

Puzzle: Fusionner l'apprentissage de deux groupes ou plus de participant(e)s.

Tournoi d'apprentissage: combiner l'apprentissage coopératif et de la compétition d'équipe.

Lecturette: présenter brièvement les points clés d'un sujet de formation.

Imagerie Mentale: guider les participant(e)s à travers un évènement ou une expérience visualisée dans leurs esprits plutôt qu'à travers une observation réelle.

Observation: regarder les autres sans directement participer.

Panel de discussion: favoriser l'échange d'idées entre les représentant(e)s des sous-groupes de la formation pendant que les autres écoutent et posent des questions.

Consultation des pairs: utiliser les participant(e)s pour se donner l'enseignement les un(e)s aux autres.

Continuum physique: demander aux participant(e)s de s'aligner dans un rang en rapport avec leurs réponses relatives à la question du/de la formateur/trice.

Le Vote: enquêter un groupe en demandant de lever les mains.

Présentation: Informer brièvement les participant(e)s par rapport aux objectifs du/de la formateur/trice et les domaines clés de l'information.

Conférence de presse: demander aux participant(e)s d'élaborer des questions difficiles à répondre par le/la formateur/trice.

Activité de résolution de problème: Amener les participant(e)s à trouver des solutions aux problèmes qui leur sont posés par le/la formateur/trice.

Projet: assigner une activité défiant les participant(e)s.

Questionnaire: Donner aux participant(e)s des instruments ou des outils d'enquête à compléter afin d'obtenir une forme structurée de feedback.

Quiz: inviter les participant(e)s à prendre un petit test (habituellement en auto notation) pour se familiariser avec les matériels de cours ou pour les réviser.

Les cartes de réponse: Demander aux participant(e)s de dire quelque chose de façon anonyme sur une carte d'indexe et partager cette information en passant la carte complète autour du groupe.

Jeu de rôle /théâtre social: Amener les participant(e)s à jouer des scènes et démontrer ainsi des situations de vie réelle.

Auto-évaluation: Poser des questions qui exigent que les participant(e)s réfléchissent sur leurs attitudes, leur connaissance ou comportement.

Simulation: Engager les participant(e)s dans une activité qui reflète la réalité d'une manière symbolique ou simplifiée.

Pratique de compétence: Essayer ou répéter les nouvelles compétences.

Groupes d'étude: Demander aux participant(e)s de lire et ensuite discuter le contenu d'une fiche de formation ou un petit exercice écrit en petits groupes.

Discussion de sous-groupe: Conduire un échange d'idées en sous groupes ou "groupes de bourdonnement" de quatre participant(e)s chacun ou plus.

Echange de sous-groupe: Arranger une discussion dans laquelle deux sous groupes ou plus ou des équipes échangent leurs points de vue et des conclusions.

Trio de discussion ou trio d'échange: Conduisez un échange d'idées avec les sous groupes de trois participant(e)s chacun.

Clic: Partager rapidement des informations ou des idées en allant vite autour du grand groupe en sollicitant des contributions.

Tâche écrite: Exiger des participant(e)s de composer une réponse écrite à une consigne telle qu'un plan d'action ou un journal d'apprentissage.

Annexe 5 : Grille de priorisation de problèmes/solutions

Liste de problèmes	Personnes touchées			Qu'est-ce que le problème peut entraîner s'il n'est pas réglé ?			Quelque chose est déjà fait et ça marche ?			Ça intéresse les gens de régler ce problème ?			Score total
	Pas	Peu	Beaucoup	Incident / Accident	Maladie	Mort	Non	Oui mais ne marche pas	Oui ça marche	Pas du tout	Peu	Très	
Pb 1													
Pb 2													
Pb 3													

Annexe 6 : Modèle de plan de travail du GAC

Activité	CALENDRIER – Année 1											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Collecter la contribution communautaire	×											
Réaliser 2 trous de forage		×										
Former 16 membres du comité			×	×	×							

Annexe-7 : Liste des indicateurs de base à collecter à différents niveaux pour mesurer l'efficacité d'une IBC

NIVEAU CENTRAL

DOMAINES	INDICATEURS DE BASE
PLANIFICATION	<ul style="list-style-type: none"> - Existence de la cartographie des besoins communautaires par districts et régions sanitaires - Existence d'une politique de la santé communautaire - Existence de plan stratégique national de la santé communautaire - Existence de plans opérationnels du plan stratégique en cours - Existence d'un plan de mobilisation de ressources - Existence de plan de suivi-évaluation du plan stratégique des interventions communautaires
COORDINATION	<ul style="list-style-type: none"> - Existence de la cartographie des intervenants et des interventions communautaires - Existence d'un cadre national fonctionnel des interventions communautaires - Nombre de réunions du cadre national des interventions communautaires tenues - Nombre de faitières mise en place dans les différents secteurs d'activités pour une meilleure coordination des intervenants communautaires - Nombre de rencontres de coordination sectorielle organisées - Nombre de réunions de coordination périodiques organisées avec les partenaires techniques et financiers intervenant dans le domaine communautaire
SUIVI EVALUATION	<ul style="list-style-type: none"> - Existence d'une équipe ou un GTT de suivi évaluation au niveau national - Existence d'une cellule de validation nationale des données communautaires - Existence d'outils nationaux de collecte de données communautaires - Existence d'une base de données communautaires nationales et infranationales - Nombre de réunions de validation de données communautaires organisé - Nombre de rapports d'activité trimestriels nationaux relatifs aux interventions communautaires, élaboré - Nombre de rapport d'activité annuel national relatifs aux interventions communautaires, élaboré - Nombre de rapports nationaux relatifs aux interventions communautaires diffusés aux acteurs communautaires - Nombre de supervision réalisé au niveau des District/Région sanitaire - Niveau de satisfaction national des indicateurs santé par les acteurs communautaires - Niveau de satisfaction national des indicateurs en lien avec les déterminants sociaux de santé - L'impact des programmes de santé mis en œuvre dans la communauté - Le niveau d'appropriation des programmes de santé par les communautés

	<ul style="list-style-type: none"> - La couverture des besoins de santé par la communauté - Le niveau de contribution de la communauté dans la résolution des problèmes de santé
RENFORCEMENT DE CAPACITES	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre de manuel de formation sur la santé communautaire élaboré - Nombre de manuel de formation sur la participation et la mobilisation communautaire élaboré - Existence de pools de formateurs nationaux dans les différents domaines de la santé communautaire - Nombre de programme de formation sur la santé communautaire à l'endroit des acteurs communautaires élaboré et mis en œuvre - Nombre d'acteurs communautaires au niveau national, régional et district, formés en santé communautaire, en participation et mobilisation communautaire - Nombre d'acteurs communautaires au niveau national, régional et district, formés en communication, plaidoyer, élaboration de projets communautaires et en mobilisation de ressources - Nombre d'acteurs communautaires au niveau national, régional et district, formés en planification et suivi évaluation des projets de développement - Nombre d'appui apporté aux acteurs nationaux, régionaux et districts pour la coordination et le suivi évaluation des interventions communautaires
FINANCEMENT	<ul style="list-style-type: none"> - Montant total de ressources mobilisées au niveau national pour le financement des interventions communautaires - Montant total des ressources apportées par les collectivités territoriales pour le financement des interventions communautaires/interventions de santé - Montant total des ressources apportées par les différents partenaires techniques et financiers intervenant dans le financement des interventions communautaires - Montant total des ressources apportées par le secteur privé pour le financement des interventions communautaires - Montant total des ressources apportées par l'état/secteur public pour le financement des interventions communautaires - Montant total des ressources apportées par la société civile (les ONG) pour le financement des interventions communautaires - Montant total de la contribution des communautés dans le financement des interventions communautaires - Montant total des gaps financiers des interventions communautaires au niveau national - Existence de mécanismes de financement des interventions communautaires mis en place et fonctionnel au niveau national - Existence d'une équipe nationale de mobilisation de ressources pour le financement des interventions communautaires

NIVEAU DISTRICT ET REGION

DOMAINES	INDICATEURS DE BASE
PLANIFICATION	<ul style="list-style-type: none"> - Existence d'une cartographie des besoins communautaire par district sanitaire - Existence d'un plan d'action communautaire consolidé des zones rurales et urbaines de chaque district sanitaire
COORDINATION	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre de comité Sous Préfectoraux /Communaux mis en place et fonctionnel - Nombre de réunion de coordination périodique tenue par les comités Sous Préfectoraux /communaux - Nombre de rencontre des coordinations périodiques tenues par les districts avec l'ensemble des comités villageois, comités de quartier et comités Sous Préfectoraux dans l'aire du district sanitaire
SUIVI EVALUATION	<ul style="list-style-type: none"> - Existence des personnes ressource en suivi évaluation au sein du District/Région sanitaire

	<ul style="list-style-type: none"> - Existence d'une équipe de suivi évaluation au niveau district /Région sanitaire - Existence d'une cellule de validation des données communautaires au niveau du district/Région sanitaire - Existence d'outils de collecte de données - Nombre de réunion de validation de données communautaires organisé au niveau District/Région - Nombre de rapport d'activité trimestriel relatif aux interventions communautaires de la zone District/Région élaboré - Nombre de rapport d'activité annuel relatif aux interventions communautaires de la zone District/Région élaboré - Nombre de supervision réalisé par le District/Région sanitaire à l'endroit des comités Préfectoraux/Communaux - Niveau de satisfaction des indicateurs santé dans le District/Région sanitaire - Niveau de satisfaction des indicateurs en lien avec les déterminants sociaux de santé dans la zone
RENFORCEMENT DE CAPACITE	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre d'appui apporté par le district sanitaire pour le fonctionnement des différents comités Villageois, comités de quartier et Comités Sous Préfectoraux de son aire sanitaire - Nombre des membres des comités Sous Préfectoraux/Communaux formés à la coordination des interventions communautaires - Nombre des membres des comités Sous Préfectoraux/Communaux ayant bénéficié d'appui dans le cadre de la mise en œuvre des programmes de santé - Nombre de membres des comités Sous Préfectoraux/Communaux formés sur la planification, la mobilisation communautaire, le plaidoyer et la mobilisation des ressources - Nombre de membres des comités Sous Préfectoraux/Communaux formés en élaboration et gestion des projets - Nombre de membres des comités Sous Préfectoraux/Communaux formés sur la santé communautaire et la participation communautaire - Nombre de prestataires de santé formés sur la planification, la mobilisation communautaire, le plaidoyer et la mobilisation des ressources - Nombre de prestataires de santé formés sur la santé communautaire et la participation communautaire - Nombre de prestataire de santé formés en élaboration et gestion des projets - Nombre d'associations et ONG formées sur les thématiques de santé, la santé communautaire, la participation et la mobilisation communautaire, le plaidoyer et la mobilisation de ressources - Nombre d'association et ONG formées en élaboration et gestion de projets
FINANCEMENT	<ul style="list-style-type: none"> - Montant total de ressources mobilisées au niveau District/Région sanitaire pour la résolution de ses problèmes de santé - Montant total des ressources apportées par les collectivités locales du districts /Région Sanitaire pour le financement des interventions communautaires - Montant total des ressources apportées par les différents partenaires techniques t financiers intervenant dans le District/Région sanitaire pour le financement des interventions communautaires - Montant total des ressources apportées par le secteur privé au niveau du district/Région sanitaire pour le financement des interventions communautaires - Montant total des ressources apportées par l'état/secteur public pour le financement des interventions communautaires - Montant total des ressources apportées par la société civile intervenant dans le district/Région sanitaire (les ONG) pour le financement des interventions communautaires - Montant total des gaps financiers des interventions communautaires au niveau du district/Région sanitaire

	<ul style="list-style-type: none"> - Existence de mécanismes de financement des interventions communautaires mis en place et fonctionnel au niveau du district/Région sanitaire - Existence d'une équipe District/Régional de mobilisation de ressources pour le financement des interventions communautaires
--	---

NIVEAU SOUS PREFECTORAL/COMMUNAL

DOMAINES	INDICATEURS DE BASE
PLANIFICATION	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre de processus de planification conduit par les comités Sous Préfectoraux/Communaux - Existence d'un plan d'action communautaire Sous Préfectoral - Existence d'un plan de mobilisation de ressources
COORDINATION	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre de comité villageois mis en place et fonctionnel - Nombre de comité de quartier mis en place et fonctionnel
SUIVI EVALUATION	<ul style="list-style-type: none"> - Existence de personne ressource en suivi évaluation au sein du comité Sous Préfectoral/Communal - Existence d'outils de collecte de données - Nombre de rapport d'activité trimestriel relatif aux interventions communautaires de la zone Sous Préfectorale/Communal élaboré - Nombre de rapport d'activité annuel relatif aux interventions communautaires de la zone Sous Préfectorale/Communale élaboré - Nombre de supervision réalisé par les comités Sous Préfectoraux/Communaux à l'endroit des comités villageois/Quartier - Niveau de satisfaction des indicateurs santé dans la zone - Niveau de satisfaction des indicateurs en lien avec les déterminants sociaux de santé dans la zone
RENFORCEMENT DE CAPACITE	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre de membres des comités villageois formés à la coordination des interventions communautaires - Nombre de membres des comités de quartier formés à la coordination des interventions communautaires - Nombre des membres de la communauté formés sur la participation communautaire - Nombre de membres de la communauté formés sur la mobilisation communautaire - Nombre de membre de la communauté formés sur le plaidoyer et la mobilisation des ressources - Nombre de membre de la communauté formés sur le diagnostic communautaire et élaboration d'un plan d'action communautaire - Nombre de membres de la communauté formés sur les thématiques de santé - Nombre de prestataires de santé formés sur la planification, la mobilisation communautaire, le plaidoyer et la mobilisation des ressources - Nombre de prestataires de santé formés sur la santé communautaire et la participation communautaire - Nombre de prestataire de santé formés en élaboration et gestion des projets - Nombre d'associations et ONG formées sur les thématiques de santé, la santé communautaire, la participation et la mobilisation communautaire, le plaidoyer et la mobilisation de ressources

	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre d'association et ONG formées en élaboration et gestion de projets - Nombre des membres de la communauté ayant bénéficié d'appui dans le cadre de la mise en œuvre des programmes de santé
FINANCEMENT	<ul style="list-style-type: none"> - Montant de ressources mobilisées au niveau communal pour la résolution de ses problèmes de santé - Montant des ressources apportées par les collectivités locales pour le financement des interventions communautaires - Montant total des ressources apportées par les différents partenaires techniques et financiers intervenant dans la Sous-Préfecture/commune pour le financement des interventions communautaires - Montant total des ressources apportées par le secteur privé au niveau de la Sous-Préfecture/Commune pour le financement des interventions communautaires - Montant total des ressources apportées par l'état/secteur public pour le financement des interventions communautaires - Montant total des ressources apportées par la société civile (les ONG) pour le financement des interventions communautaires - Montant total des gaps financiers des interventions communautaires - Existence de mécanismes de financement des interventions communautaires mis en place et fonctionnel - Existence d'une équipe Sous Préfectoral/communal de mobilisation de ressources

NIVEAU DU VILLAGE/QUARTIER

DOMAINES	INDICATEURS DE BASE
PLANIFICATION	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre de processus de planification conduit par les comités villageois - Nombre de processus de planification conduit par les comités de quartier - Existence d'une cartographie des atouts de la communauté - Existence d'un plan de mobilisation de ressources
COORDINATION	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre de réunions de coordination périodique tenue par les comités Villageois - Nombre de réunion de coordination périodique tenue par les comités de quartier
MISE EN ŒUVRE DES INTERVENTIONS	<ul style="list-style-type: none"> - Existence d'une cartographie des acteurs communautaires au niveau du village/Quartier - Nombre de ménage existant dans la communauté (Village/Quartier) - Nombre de secteur identifié dans la communauté (subdivision du village ou quartier en secteur) - Nombre de ménage repartie par secteur - Nombre de sous-groupe composant la communauté - Nombre de partenaires techniques et financiers intervenant dans la zone (Village/Quartier) - Nombre d'ONG intervenant dans la zone (Village/Quartier) - Nombre de groupements et associations existant dans la

	<p>localité (Village/Quartier)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nombre de structures étatiques existantes dans la localité (Village/Quartier) - Nombre de structures privées existantes dans la localité (Village/Quartier) - Nombre de réunion de groupe d'action communautaire tenue - Nombre de programme santé exécuté dans la localité - Nombre de programmes/projets en lien avec les déterminants sociaux de la santé exécuté avec l'appui des autres entités publiques autres que le ministère de la santé
SUIVI EVALUATION	<ul style="list-style-type: none"> - Existence de personne d'une personne ressource en suivi évaluation au sein du comité villageois/Quartier - Existence d'outils de collecte de données - Nombre de rapport d'activité trimestriel relatif aux interventions communautaire élaboré (zone rurale, urbaine, Sous préfectoral et District sanitaire) - Nombre de rapport d'activité annuel relatif aux interventions communautaire élaboré (zone rurale, urbaine, Sous préfectoral et District sanitaire) - Nombre de supervision réalisé par les agents de santé à l'endroit des acteurs communautaires - Niveau de satisfaction des indicateurs santé - Niveau de satisfaction des indicateurs en lien avec les déterminants sociaux de santé
FINANCEMENT	<ul style="list-style-type: none"> - Montant de ressources mobilisées par la communauté pour la résolution de ses problèmes de santé - Montant des ressources apportées par les différents partenaires techniques et financiers intervenant dans la localité pour le financement des interventions communautaires - Montant des ressources apportées par le secteur privé au niveau de la localité pour le financement des interventions communautaires - Montant des ressources apportées par l'Etat/secteur public pour le financement des interventions communautaires - Montant des ressources apportées par la société civile (les ONG) pour le financement des interventions communautaires - Montant des gaps financiers des interventions communautaires - Existence de mécanismes de financement des interventions communautaires mis en place et fonctionnel - Existence d'une équipe de mobilisation de ressources

Annexe-8 : Démarche de capitalisation d'une IBC

❖ Comprendre la capitalisation

La capitalisation (selon Pierre De Zutter) c'est le **passage** (transformation/cheminement) de **l'expérience** (vécu des acteurs) à la **connaissance** (savoir et savoirs faire individuels et collectifs) **partageable** (communication à un public cible).

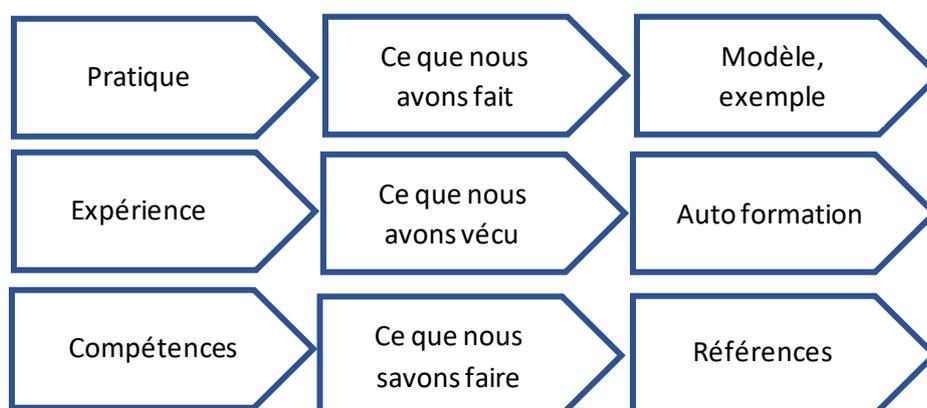
Cette définition renvoie aux idées suivantes :

Il s'agit d'un phénomène naturel, visant à améliorer ses relations avec l'environnement social, économique, technique ou administratif, etc. Cette amélioration permet d'être plus efficace, plus rapide, d'éviter les conflits, de réduire les incertitudes, etc. La capitalisation est complémentaire de l'évaluation.

L'évaluation s'intéresse aux résultats à la pertinence, la cohérence, l'efficacité, l'efficience et à l'impact d'un projet, la capitalisation va utiliser les résultats et les impacts pour s'interroger sur comment (processus, mécanismes, pratiques, etc.) on les a obtenus et pour illustrer les succès et ou les difficultés de l'expérience.

❖ Approches et typologie de capitalisation d'expériences

Le mécanisme de capitalisation se conçoit et se gère selon les trois (03) composantes que sont :
 i) la pratique (*l'action réalisée*) ; ii) l'expérience (*le vécu de la pratique par l'acteur*) ; iii) les compétences (*la façon dont l'expérience a transformé l'acteur*).



Types de projet de capitalisation des expériences

Typologie	En fin de projet	Pensé dès le démarrage, intégré au cycle du projet, en continu	Recueil de Bonnes pratiques
En quelles circonstances	En complément de l'évaluation finale, souvent recommandé par les évaluateurs sur une ou plusieurs thématiques du	Dès la conception du projet un axe capitalisation est prévu. Des données sont collectées au fur et à mesure et des leçons tirées au fil du	Souvent ponctuel mais gagne à être systématisé en vue d'atelier de partage et de développement des

	projet	processus sur certains thèmes choisis au départ	capacités sur une thématique. Voir pour développer un exercice de capitalisation plus ambitieux
Les produits	<ul style="list-style-type: none"> - Un guide méthodologique ; - Un manuel de formation ; - Un recueil de l'ensemble des leçons tirées du projet et des bonnes pratiques. 	<ul style="list-style-type: none"> - Un document de capitalisation ; - Des outils de formation et de sensibilisation, 	<ul style="list-style-type: none"> - Des fiches postées sur un site; - Des recueils de bonnes pratiques (BP); - Des ateliers d'échanges

❖ Etapes du processus de capitalisation

Etape 1 : Choix de l'expérience :

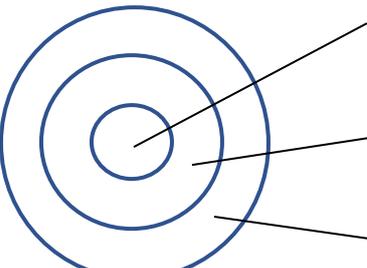
Le choix se fait en équipe, sur la base de critères car un processus de capitalisation est participatif et plus il y a consensus sur l'expérience et plus les participants seront motivés pour la capitaliser.

Les critères ci-dessous permettent d'analyser la pratique afin d'opérer des choix, d'identifier les qualités de cette expérience et les messages clés à communiquer lors de la rédaction de la fiche.

CRITERES	DESCRIPTION
Ayant fait ses preuves et obtenu de bons résultats	Une « bonne pratique » a prouvé sa pertinence stratégique comme le moyen le plus efficace pour atteindre un objectif spécifique, elle a été adoptée avec succès et a eu un impact positif sur les individus et/ou les communautés.
Durable aux niveaux environnemental, économique et social	Une « bonne pratique » répond aux besoins actuels, en particulier aux besoins essentiels des plus démunis de la planète, sans pour autant compromettre la capacité de répondre aux besoins futurs.
Techniquement réalisable	La faisabilité technique constitue la base d'une « bonne pratique » : elle est simple à apprendre et à mettre en œuvre
Reproductible et adaptable	Une « bonne pratique » doit avoir un potentiel de reproductibilité et doit donc pouvoir être adaptée à des objectifs similaires dans des contextes différents
Résultant d'un processus participatif	Les approches participatives sont essentielles en ce qu'elles permettent de générer un sentiment d'appropriation des décisions et des actions.
Innovante	L'innovation étant entendue comme un processus qui ajoute de la valeur ou apporte une solution inédite à un problème dans le contexte dans lequel il/elle est appliqué(e).
Sensible au genre	Une description de la pratique doit montrer de quelle manière les acteurs, hommes et femmes, impliqués dans le processus, ont pu améliorer leurs moyens d'existence.
Réduit les risques de catastrophes/crises	Une « bonne pratique » contribue à la réduction des risques de catastrophes/crises pour renforcer la résilience

Etape 2 : Planification

2a Identifier les acteurs clés et les destinataires

Qui sont les principaux acteurs qui ont vécu l'expérience et qu'il convient d'impliquer ? En général se sont les chevilles ouvrières du projet.	Les acteurs secondaires
 <p data-bbox="614 280 949 548"> Une association de femmes L'équipe du projet, les animateurs Les OSC, les leaders communautaires </p>	<p data-bbox="965 268 1433 470"> Les personnes qui sont moins impliqués mais dont le regard sur l'expérience peut enrichir la réflexion Par exemple, les notables du village, les autres partenaires de l'association de femmes. </p>

Pour les destinataires, il est important de s'être mis d'accord au préalable lors de la réunion de lancement du processus. C'est un bon moyen d'inscrire le travail de capitalisation dans une logique de communication et de partage. C'est aussi une des clés du succès car le travail de capitalisation est alors investi par les acteurs d'une utilité sociale.

2b Rassembler la documentation

Le recensement des documents est essentiel car :

- « Si l'on veut écrire une histoire il faut en connaître les séquences. » Il faut donc trier les documents essentiels pour sauvegarder une mémoire de l'expérience, refaire la chronologie et revoir les étapes du projet.
- Les repères dans le temps sont des repères universels et ce travail préalable permet par la suite de confronter sur le terrain l'histoire subjective vécue par les différents acteurs à l'histoire plus institutionnelle du projet.

2c Caractériser l'expérience

Titre de l'expérience :	Comment se nomme l'expérience ? <i>Donner un titre provisoire</i>
Localisation	Où se passe cette expérience ? <i>Lieu avec ses principales caractéristiques</i>
Période et durée :	Depuis quand cette expérience a-t-elle été mise en œuvre ? <i>De 1 à 3 ans permet de satisfaire au critère de durabilité d'une bonne pratique et de pérennité des acquis</i>
Contexte	Dans quel cadre s'insère l'expérience capitalisée ? Quel programme ou projet ?
Problématique	Quel est le problème majeur ? Pourquoi cette expérience a-t-elle été mise en place ? En quoi elle apporte une solution nouvelle ? Quel état des lieux préalable au projet, à quelles difficultés majeures étaient confrontés les bénéficiaires
Les initiatives précédentes	Quelles étaient les approches développées par le projet auparavant qui ont montrées leurs limites et donné naissance à la bonne pratique Qu'apporte cette expérience de nouveau par rapport à la problématique
Objectifs	Quel est le but/finalité de l'expérience ?
Acteurs	Quels sont les acteurs principaux ? Quels sont leurs rôles, responsabilités et relations ?
Stratégie	Quelle est l'approche adoptée ? Les grandes caractéristiques de l'approche adoptée

Etape 3 : Collecte et analyse de données de l'expérience

3a Collecter des données sur le terrain

- **Définition des moments clés de l'expérience**

Un membre du personnel ou un autre acteur central est invité à raconter l'expérience et un animateur prend des notes (*Les participants sont invités à ajouter, préciser, contester ou retrancher des faits*).

L'analyse du récit met en évidence des événements ou des décisions pouvant être considérés comme des tournants décisifs (*moments clés où des activités ont été modifiées des outils créés, qui ont permis de développer la bonne pratique*).

- **Collecte du vécu des acteurs et des histoires**

Pour recueillir le vécu des acteurs plusieurs procédés peuvent être utilisés. Le focus group, l'appel à témoignages, le photo langage, les outils de la MARP, les interviews, etc.

A ce stade, décrire, donner des exemples, comparer avec d'autres expériences vécues, raconter individuellement ou collectivement sont les maîtres mots de la capitalisation d'expériences. Des questions ouvertes commençant par "Comment" (état d'esprit de témoignage) plutôt que par "Pourquoi" (état d'esprit d'analyse) peuvent éviter une attitude défensive du narrateur et lui permettre de se concentrer sur son histoire.

3b Interpréter et analyser l'expérience

A ce stade, les principaux acteurs se sont mis d'accord sur les grandes étapes du projet, les éléments déclencheurs et les tournants décisifs, ils ont déjà exprimé leur vécu, décrit, expliqué la démarche, donné des exemples, fourni des témoignages pour illustrer leurs points de vue.

Il s'agit maintenant d'animer une réflexion collective, de porter un regard critique sur l'expérience pour en tirer les principales leçons pour le futur.

L'organisation d'un atelier réunissant l'ensemble des principaux acteurs est recommandée à condition d'adapter les outils et le niveau de langage à tous les participants. Si cela s'avère compliqué, des réunions successives avec les groupes d'acteurs sont possibles.

L'animateur de l'exercice se pose alors en porte-parole du groupe 1 puis 2 et propose des regards croisés. La méthode : la plus simple est le **SEPO** :

Etape 1 : Regard rétrospectif (*Analyse des expériences passées*)

Succès : Les expériences positives, les réussites, les actions prometteuses, les points forts

Echecs : les difficultés, les points qu'ils restent à améliorer, les impasses, les dérives, etc.

Etape 2 : Regard prospectif (*Les potentialités et les obstacles sont identifiés sur la base des expériences vécues*)

Potentialités : les atouts, les idées, les capacités non exploitées, les nouveaux défis

Obstacles : les résistances, les conditions défavorables, les limites, les dérives possibles, les conditions de la pérennité de l'action et de sa reproduction.

Etape 3 : La synthèse du groupe

Lorsque de nombreux éléments ont été identifiés, le tableau final de synthèse est réalisé en reprenant les éléments qui font consensus, qui sont considérés comme importants et qui serviront de base pour tirer des leçons et élaborer des conseils à qui voudrait s'inspirer de l'expérience.

Conseils aux animateurs des ateliers d'interprétation de la capitalisation d'expérience

Il ne s'agit plus de décrire ni d'énumérer ce qui a été fait mais de s'interroger collectivement sur le sens de ce qui a été fait, développer une analyse critique, les leçons que l'on en tire pour améliorer nos actions. La méthode est simple mais elle ne doit pas être limitante, il faut laisser le temps au débat de s'instaurer. L'utilisation d'un cas, d'exemples, d'histoires parfois contradictoires sont autant de moyens à utiliser pour faciliter l'approfondissement de la réflexion.

Des questions comme : « Si c'était à refaire que ferions-nous différemment ? » permettent de revoir le cheminement et de tirer des leçons entre autres sur les conditions pour reproduire l'expérience et de produire des conseils à qui voudrait s'inspirer de l'expérience.

Proposer à chaque catégorie d'acteurs d'énoncer et de prioriser les 5 conseils les plus précieux à adresser à qui voudrait s'inspirer de notre expérience est un procédé qui permet de faire une synthèse et de tirer les leçons essentielles de l'expérience.

débat de s'instaurer. L'utilisation d'un cas, d'exemples, d'histoires parfois contradictoires sont autant de moyens à utiliser pour faciliter l'approfondissement de la réflexion.

Des questions comme : « Si c'était à refaire que ferions-nous différemment ? » permettent de revoir le cheminement et de tirer des leçons entre autres sur les conditions pour reproduire l'expérience et de produire des conseils à qui voudrait s'inspirer de l'expérience.

Proposer à chaque catégorie d'acteurs d'énoncer et de prioriser les 5 conseils les plus précieux à adresser à qui voudrait s'inspirer de notre expérience est un procédé qui permet de faire une synthèse et de tirer les leçons essentielles de l'expérience.

de s'inspirer de l'expérience et qui se faisant, contribue à développer la mémoire de l'institution.

Le format de la fiche :

- La fiche ne devrait pas excéder 4 pages, ainsi le recueil final si vous vous donnez les moyens de publier ces fiches ne devrait pas excéder une soixantaine de pages. (30 recto verso plus index, introduction ...).
- Elle devrait contenir 2 courts témoignages d'acteurs ayant contribué au projet afin d'illustrer vos propos ainsi qu'une ou deux photos.
- Ne pas chercher à être exhaustif mais garder en ligne de mire l'intérêt de votre lecteur ; votre objectif étant de lui donner envie de vous contacter pour en savoir plus sur cette expérience.
- Rédiger et éviter les listes qui résument et font revenir à un langage technique. Donner des titres et sous titres aux parties qui soient communicants, qui résument et valorisent les grands messages que vous voulez faire passer.

Les titres

Le texte rédigé, avec ses articulations, et ses sous titres ne devrait pas comporter l'intitulé des rubriques mais des titres qui mettent en relief le point essentiel, que vous voulez mettre en valeur dans chaque rubrique. En général lors de la phase d'enquête sur le terrain, les acteurs formulent des « belles phrases- clés » qui peuvent être utilisées comme titre.

- **Le contenu**

Le contexte	Il s'agit de camper le décor de l'action, quel problème vous vouliez résoudre au travers de ce projet. Inutile de s'étendre sur l'organisation institutionnelle de la Caritas, nous ne sommes pas dans une fiche projet ou une fiche technique mais dans une fiche de capitalisation d'une expérience : allez droit au but.
La démarche mise en œuvre	Il s'agit de retracer le chemin parcouru et de décrire, les principales phases, les problèmes rencontrés et les remédiations qui ont été apportées. Inutile de viser l'exhaustivité, ce ne sont pas toutes les activités qui ont été mises en œuvre qui font la qualité de ce que vous avez fait, privilégiez les actions qui ont été déterminantes, qui sont la clé du succès de cette expérience de l'avis de l'ensemble des acteurs impliqués.
Les différents acteurs et leurs rôles respectifs	Il s'agit de montrer comment vous êtes organisés, avec les partenaires importants ; comment a joué l'implication (ou non) de tous ces acteurs dans la réussite (ou les difficultés) de l'expérience.
Les résultats, effets obtenus	Il s'agit de valoriser les résultats obtenus et d'illustrer la qualité et les effets. Seuls les résultats liés à la BP sont à présenter
Les points forts et les faiblesses	Une bonne question à ce stade : si c'était {refaire, que changerions nous, à quel moment et pourquoi ?
Les leçons tirées	Il s'agit de mettre en forme et en synthèse les savoirs tirés de cette expérience en vue de sa reconduction et de son amélioration et que vous avez intégrés dans vos pratiques actuelles.
Les 5 principaux conseils à donner à qui voudrait s'inspirer de cette expérience	Cette rubrique est proche de la précédente, mais elle permet de poser la question de la transposition de l'expérience à d'autres contextes. Elle permet à tous les acteurs de s'adresser {des homologues pour prodiguer les meilleurs conseils qui évitent les erreurs ou tâtonnements que vous avez pu connaître

Annexe-9 : Liste des participants au processus d'élaboration et de validation du Référentiel

❖ Réunions de GTT d'élaboration du Référentiel

N°	NOM ET PRENOMS	STRUCTURE	FONCTION	E-MAIL	TEL
01	Dr KADJA ADJOBA FRANÇOÏSE	DSC	DIRECTRICE	kadja.francoise@dsccom-ci.org	0708144199
02	Dr AFFOU FULGENCE ROLAND	DSC	SOUS DIRECTEUR SSP	fulgence.affou@dsccom-ci.org	0777057470
03	BAMBA ABDOL BARY	DSC	ECONOMISTE DE LA SANTE	bary.abdoul@dsccom-ci.org	0506702487
04	Dr SORO KOLOTCHELEMA	DSC	MEDECIN	soro.kolotchelema@dsccom-ci.org	0707720904
05	LYDIE DATTE	OSCN	DIRECTEUR DU VOLONTARIAT	lydiedatte@gmail.com	0707886607
06	ZIKEHOULI DIGBEU LUC	FENOS-CI	CHARGE DE PLAIDOYER CHEF DE PROJET	digbeuluc@fenosci.org	0709718893
07	Dr KONAN CLAUDE	GCC	CONSULTANT	konanefr@yahoo.fr	0103371220
08	Dr ZOZOUA CHARLES	R4D/ ACCELERATEUR	CONSULTANT	czouzoua9@gmail.com	0102333675
09	Dr NAKIS	MEDCO-ADJOINT MSF/WACA		nakisekwa.kinyalolo@waca.msf.org	0778878013
10	MATTHAN MBA	MSF-WACA	SUPPORT CHEF DE MISSION	matthan.m'ba@waca.msf.org	0747510824
11	KIPRE DANIELLE	PNLP	IDE SERVICE COMMUNICATION	kipredanielle79@gmail.com	0142684613
12	Dr KOUASSI JEAN PIERRE	ANADER	DIRECTEUR CORDONNATEUR PACP	kouassidebo@yahoo.fr	0103771572
13	Dr MOULOD SAMPAN SANDRA	UNFPA	CHARGE DE PROGRAMME VIH ET MOBILISATION COMMUNAUTAIRE	moulod@unfpa.org	0708088058
14	NDRI URBAIN GERVAIS	PNSME	ITS/SANTE PUBLIQUE	urbaingervais10@gmail.com	0505631620
15	Dr AMARA DIOMANDE	UCP SANTE BANQUE MONDIALE	SPECIALISTE SANTE PROMO ENGAGEMENT COMMUNAUTAIRE	amara.diomande@gmail.com	0707910408
16	TRAORE MAHAMADOU	MUSO	CONSEILLER STRATEGIQUE ASSISTANT TECHNIQUE	mahtraore@musohealth.org	0779755212
17	GNANGUI VINCENT	DSC	CHEF SERVICE SUIVI EVALUATION	gnangui.vincent@dsccom-ci.org	0707720298
18	FIRMIN ZOKORA	DSC	MEDECIN	firminzokora@gmail.com	0546410830
19	Dr SOW-DIAKITE ALIMATA	UNICEF	RESPONSABLE COMMUNAUTAIRE	alisow@unicef.org	0585638909
20	KLA CHRISTIAN	GCC	CONSULTANT	kla.christian@gmail.com	0505377736
21	NDA EDITH	DSC	ITS/SP	kiffond.nda@dsccom-ci.org	0707865742
22	KOUCHE K. FREDERIC	DSC	MEDECIN	kouame.frederic@dsccom-ci.org	0708021813
23	SERIKPA REINE FIDELE	DSC	SERVICE COM	reineserikpa@gmail.com	0757130682
24	TANO H GNOMALAN	PNLT	COMMUNICATRICE	tanohgnomalan01@gmail.com	0709981021

	JOANNOTTO		SCSC		
25	SAY SOMIAN DANIEL	CARITAS COTE D IVOIRE	RESPONSABLE SE CHEF DES OPERATIONS	somdanysay@yahoo.fr	0759562749
26	TRAORE SEYDOU	DSC	CHEF SERVICE COM INFO	seydou.traore1@dsccom-ci.org	0748288786/0506788612
27	GUEU ALEXIS	CONSULTANT	EXPERT SANTE COMMUNAUTAIRE	agueu@allianceciv.org	0504387501
28	MANDOH MARE	PNDC	CONSEILLER TECHNIQUE	mandohmare@yahoo.fr	0170002012
29	YAO AMLAN	DSC	SOUS DIRECTRICE CAH	yao.amlan@dsccom-ci.org	0777522212
30	ABOU JULES	DSC	ECONOMISTE DE LA SANTE	abou.jules@dsccom-ci.org	0747676512
31	KOUASSI AMANI SIMPLICE	DGS	MEDECIN CE	sim.kouassi@sante-gouv-ci	0707794635
32	TANO ELALIE	DSC	ITS	elalietano01@gmail.com	0749955558

❖ *Atelier de validation du Référentiel*

N°	NOMS ET PRENOMS	FONCTION	STRUCTURE	TEL/CEL	E-MAIL
1	MEMAIN SRADO DANIEL	MEDECIN	PNPMT	0749118535	memainsrado@gmail.com
2	N'DRI URBAIN GERVAIS	ITS/SP	PNSME	0505631620	urbaingervais10@gmail.com
3	OULAI YAGNAN PELAGIE	CHEF DE PROJET	FENOSCI	0506356562	oulaipegelagie1@gmail.com
4	YBOUA AMOIKON	CHARGE D'ETUDES	DCPEV	0504953199	yeb_am@yahoo.fr
5	DR KOUAME AMENAN	CE/SCSC	PNLT	0143404089	kouameamenanh@yahoo.fr
6	KOUASSI AMANI SIMPLICE	MEDCIN CHARGE D'ETUDES	DGS	0707794635	sim.kouassi@sante.gouv-ci
7	DR KOUASSI JEAN PIERRE	DIRECTEUR COORDONATEUR	PALP ANADER	0707096303	kouassidebo@yahoo.fr
8	N'DRY BEPHA FRANCOIS	GESTIONNAIRE PROJET/PROGRAMME	CECI	0141046630	bephandry@yahoo.com
9	DR BALOU SOLANGE	CONSEILLER TECHNIQUE	ANADER / D PALP	0707904747	solange.balou@yahoo.fr
10	SAY SOMIAN DANIEL	CHEF DES OPERATIONS	CARITAS -CI	0759562749	somdanysay@yahoo.fr
11	KLAHO M. HUGUES	MEDECIN	DSC	0758886545	chairman.klaho@dsccom-ci.org
12	OULA INKA ANGE	MEDECIN	DSC	0708249641	oula.inka@dsccom-ci.org
13	YAO AMLAN	Sous-Directrice CAH	DSC	0777522212	yao.amlan@dsccom-ci.org
14	TRAORE MAHAMADOU	CSAT	MUSO	0779755212	mahtraore@musohealth.org
15	ONANE ERVE MARIUS	CTCM/ICCM	PSICI/SD	0575648707	onane@psici.org
16	OKOU ARISTIDE	COORDO SANTE	IRC	0546007809	aristideserge.okou@rescue.org
17	SILUE NAGNON	DDSHP-CMU	DDS GRAND BASSAM	0707007511	nagnonsilue@yahoo.fr
18	DR DIOMANDE MASSENI	COORDONATRICE MEDICALE	MDM	0759030332	medco.cotedivoire@medecindumonde.net
19	DR MARC MANDOH	CONSEILLER TECHNIQUE	PNDC	0170002012	mandohmarc@yahoo.fr

N°	NOMS ET PRENOMS	FONCTION	STRUCTURE	TEL/CEL	E-MAIL
20	AKA ERMANE BRICE	LEADER COMMUNAUTAIRE	YAOU S/P ABOISSO	0506967810	ermaneaka@gmail.com
21	ZOUZOU SERAPHIN	CHARGE DE PROTECTION	PN-OEV	0505804141	christseraphin@yahoo.fr
22	AFFOU FULGENCE ROLAND	SOUS-DIRECTEUR DES SSP	DSC	0777057470	fulgence.affou@dsccom-ci.org
23	SORO KOLOTCHELEMA	MEDECIN	DSC	0707720904	soro.kolotchelema@dsccom-ci.org
24	EUGENE KADIA	ASSISTANT SOINS ET SOUTIEN	PNLS	0556756537	kadia.eugene@pnls-ci.com
25	ZOUZOUA CHARLES	CONSULTANT	ACCELERATEUR R4D	0102333675	czouzoua9@gmail.com
26	RUSANGWA CHRISTIAN	DIRECTEUR DE L'ASSISTANCE TECH	MUSO	0544215601	crusangwa@musohealth.org
27	ANGAMAN ANOH E	COMPTABLE	DSC	0709995878	emelineangaman@yahoo.fr
28	KADJA ADJOBA FRANCOISE	DIRECTRICE	DSC	0708144199	kadja.adjoba@dsccom-ci.org
29	GBOTTO SASSIN PELAGIE	SECRETAIRE	DSC	0708873181	gbotto.pelagie@dsccom-ci.org
30	OUATTARA YSSOUF	DCOP TI	SCI	0707971692	yssouf.ouattara@savethechildren.org
31	ADJOUMANI FABRICE KOUADIO	TECHNICIEN SUP COMMUNICATION	DSC	0789509001	fabrice.adjoumani@dsccom-ci.org
32	N'DRI BLAISE	CHARGE DE PROGRAMME	Breakthrough ACTION	0749271799	bdri@breakthroughactionci.org
33	SANOGO BALLE	CHARGE DE PROGRAMME	PNN	0707772286	sanogoballe@yahoo.fr
34	AKUI OKAMOU	DRS	DRSCMU SUD COMOE	0709455473	drs_akui@yahoo.fr
35	AGNIMA DJE JEAN BAPTISTE	DSC	ECONOMISTE DE LA SANTE	0759262327	agnima@gmail.com
36	KONIN BROU ANDERSOND	DSC	ITS	0708210121	kbanderson@gmail.com

Partenaires techniques et financiers ayant contribué à l'élaboration du Référentiel National de mise en œuvre des interventions communautaires :

